

Université de Sherbrooke

Sexualité, bien-être sexuel et actualisation sexuelle des individus à la retraite et en santé,
âgés de 65 ans et plus et vivant en couple hétérosexuel

par

ANNABELLE BOUCHER

Maîtrise en gérontologie

Faculté des lettres et sciences humaines

Mémoire présenté à la Faculté des Lettres et sciences humaines
en vue de l'obtention du grade de
maître ès arts (M.A.) en gérontologie

Sherbrooke, septembre 2014
Annabelle Boucher
Université de Sherbrooke

Sexualité, bien-être sexuel et actualisation sexuelle des individus à la retraite âgés de 65
ans et plus et vivant en couple hétérosexuel

Par

ANNABELLE BOUCHER

Ce mémoire a été évalué par un jury composé
des personnes suivantes :

Gilbert Leclerc, Ph.D., co-directeur de recherche
Audrey Brassard, Ph. D., co-directrice
Francine Lavoie, Ph. D., évaluatrice externe (Université Laval)
Abdelouahed Khalil, président du jury

Longueuil, septembre 2014

Maîtrise en gérontologie
Faculté des Lettres et sciences humaines

à mes parents Laurence et Jean-Claude

avec mon éternelle reconnaissance

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été un travail de longue haleine, qui n'aurait pas été possible sans la contribution d'une merveilleuse équipe qui a cru en moi et en mes capacités. J'aimerais tout d'abord remercier mes co-directeurs de recherche, Gilbert Leclerc et Audrey Brassard. Vous avez été mes mentors, une source inépuisable de confiance, de connaissances, d'inspiration, d'encouragements et de conseils judicieux. C'est dans les moments difficiles de la vie que l'on reconnaît les personnes qui comptent le plus pour soi. Vous avez été là avec moi dans ces moments-là, mais aussi dans les moments de grande réjouissance. Je ne vous remercierai jamais assez.

J'adresse mes sincères remerciements à la troisième membre du jury, madame Francine Lavoie, qui a corrigé ce mémoire et aux membres du personnel du Centre de Recherche sur le Vieillissement qui ont su me guider et m'encourager tout au long de ces années.

Ma profonde gratitude va également aux participants de l'étude qui m'ont ouvert la porte de leur intimité avec confiance. Sans eux, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Merci à toutes mes amies qui m'ont encouragée dans l'écriture de ce mémoire.

Enfin, un chaleureux merci à ma famille, plus particulièrement à mes parents et à mon conjoint pour votre amour, votre soutien et votre confiance.

RÉSUMÉ

L'expression de comportements sexuels et intimes sont directement reliés à la santé et à la qualité de vie au cours de la vie (Waite & Das, 2010). Pourtant, la sexualité et l'intimité des personnes âgées sont rarement abordées dans les écrits scientifiques ou dans la pratique professionnelle (Syme, 2014). Cette étude comble certaines lacunes de la recherche en approfondissant la compréhension des concepts de sexualité et bien-être sexuel des personnes âgées à partir de 15 entrevues qualitatives et d'une analyse thématique rigoureuse (Braun & Clarke, 2006). Chez les aînés à la retraite, vivant en couple hétérosexuel, en bonne santé générale et âgés de 65 ans et plus, cette recherche a permis d'explorer et de décrire 1) le sens donné à la sexualité, 2) le sens donné au bien-être sexuel, 3) les conditions et 4) les stratégies jugées favorables à leur bien-être sexuel.

L'analyse thématique a conduit à l'élaboration de définitions de la sexualité et du bien-être sexuel chez les aînés répondant aux critères mentionnés ci-haut. Chez ces aînés, la sexualité se définit comme un processus dynamique en évolution constante orienté vers le bien-être sexuel et dépendant de la valeur, de la place et du sens qui sont attribués à quatre sources potentielles de sens : le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/connexion sexuelle et les pertes sexuelles. Le bien-être sexuel est une composante de la sexualité, son sens fondamental et son but. Il comprend des sentiments de satisfaction physique et psychologique en lien avec la vie sexuelle, ainsi que des sentiments de bonheur avec soi-même et avec l'autre en général ?. La satisfaction sexuelle, enfin, comprend la satisfaction physique, c'est-à-dire le plaisir physique, la satisfaction de

la fréquence des rapports sexuels, et la satisfaction psychologique, c'est-à-dire le plaisir de faire plaisir à l'autre et l'intimité affective du couple pendant et en dehors des relations sexuelles. Ces définitions inclusives de la sexualité et du bien-être sexuel des aînés ont été possibles grâce à un canevas de questions basé sur une théorie de l'actualisation du potentiel pendant le vieillissement en lien avec le sens à la vie de Leclerc (2007). C'est ainsi que ces définitions rejoignent des disciplines aussi diverses que la médecine, la psychologie humaniste, la gérontologie ou la sociologie.

La présente recherche a permis de mettre en évidence et de décrire deux catégories de conditions favorables au bien-être sexuel des aînés : les conditions antérieures et les conditions actuelles. La compréhension de ces conditions pourra permettre aux professionnels de la santé de mieux orienter les aînés vers les conditions les plus propices à servir de point d'ancrage à leur actualisation sexuelle. Le thème des conditions antérieures est composé de l'éducation familiale, l'éducation religieuse et les relations précédentes. Le thème des conditions actuelles, quant à lui, regroupe les valeurs fondamentales, la retraite, le rapport au corps et la santé.

Enfin, l'analyse des résultats a mis en évidence plusieurs stratégies relationnelles et sexuelles qui pourront être utilisées dans les plans d'intervention des professionnels de la santé ou les cours destinés aux retraités. Les stratégies relationnelles comprennent la création d'un climat positif, la gestion des activités et du temps et la gestion des conflits. Les stratégies sexuelles se composent de la gestion des relations sexuelles et de la gestion des problèmes sexuels.

ABSTRACT

Sexuality, sexual well-being, and sexual actualization of healthy retired elderly

The objective of this qualitative study was to explore: 1) the meaning given to sexuality and 2) sexual well-being, and 3) the conditions and 4) strategies fostering the elderly's sexual well-being. The sample consisted of 15 healthy, retired individuals in heterosexual and committed relationships, aged between 65 and 78 from the province of Quebec, Canada.

A thematic analysis (Braun & Clarke, 2006) revealed definitions of sexuality and sexual well-being. Sexuality in aging is a dynamic and evolving process leading to sexual well-being based on the value and place assigned to four sources of potential meaning: genital repertoire, emotional intimacy, communion/connection, and sexual losses. Sexual well-being includes feelings of physical and psychological sexual satisfaction and feelings of well-being and happiness with oneself, with others, and in general. Finally, results showed a series of previous and current conditions as well as relationship and sexual strategies fostering the elderly's sexual well-being.

Key words: qualitative study, thematic analysis, conditions, strategies, sexual repertoire, emotional intimacy, communion, connection, sexual losses.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	11
1.1 L'introduction	11
1.2 Question de recherche	14
1.3 Recension des écrits	15
1.3.2 Les concepts de sexualité et de bien-être sexuel dans les années 1980-90	24
1.3.3 Les développements récents : les années 2000 à 2014	27
1.3.4 La satisfaction sexuelle des aînés : niveaux de satisfaction, corrélats et prédicteurs	42
1.3.5 Constats émergents de la recension des écrits	52
1.4 Cadre théorique	53
1.4.1 Théorie de l'actualisation du potentiel (sexuel) (Leclerc, 2007)	54
1.5 Objectifs de recherche	61
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	62
2.1 Les stratégies d'acquisition	62
2.1.1 Choix et justification du dispositif retenu	62
2.1.2 Paradigme descriptif et compréhensif	63
2.1.3 Finalité	63
2.1.4 Objectifs de connaissance	64
2.2 Les stratégies d'observation	64
2.2.1 Population à l'étude	64
2.2.2 Échantillonnage	67
2.2.3 Recrutement	68
2.2.4 Description des participants	68
2.2.5 Processus de collecte de données	71
2.3 Les stratégies d'analyse	75
2.3.1 L'analyse thématique	75
2.3.2 Les étapes de l'analyse	78
2.4 Considérations éthiques	86
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	87
3.1 La sexualité et le bien-être sexuel	87
3.1.1 La valeur et la place de la sexualité : évolution et variations	88
3.1.2 Répertoire sexuel ou génitalité	91
3.1.3 Intimité affective ou l'amour	93
3.1.4 Communion ou connexe sexuelle, l'antithèse du répertoire	95
3.1.5 Les pertes sexuelles	97
3.1.6 Le bien-être sexuel	100
3.2.1 Les conditions antérieures	106
3.2.2 Les conditions actuelles	111
3.3 Stratégies favorables au bien-être sexuel	117
3.3.1 Les stratégies relationnelles	118
3.3.2 Les stratégies sexuelles	124
3.4 Définition des concepts	136
3.4.1 Sexualité	136
3.4.2 Bien-être sexuel	136
3.4.3 Conditions favorables au bien-être sexuel	137

3.4.4 Stratégies favorables au bien-être sexuel	137
CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....	138
4.1. Interprétation des résultats	138
4.1.1 Sens donné à la sexualité.....	138
4.1.2 Sens donné au bien-être sexuel	150
4.1.3 Conditions favorables.....	153
4.1.4 Stratégies favorables	162
4.2 Portée de l'étude.....	176
4.3 Retombées de l'étude	177
4.4 Forces et limites de l'étude	178
4.5 Pistes de recherche	181
CONCLUSION.....	183
RÉFÉRENCES.....	187
Annexe A : formulaire de consentement.....	205
Annexe B : liste de codes initiaux.....	211
Annexe C : première tentative d'identification des thèmes	216
Annexe D : codes et thèmes initiaux de sexualité et bien-être sexuel des aînés	217
Annexe E : codes et thèmes initiaux des conditions du bien-être sexuel des aînés ...	218
Annexe F : codes et thèmes initiaux des stratégies du bien-être sexuel des aînés	219
Annexe G : schéma temporaire du sens de la sexualité et du bien-être sexuel	220
Annexe H : schéma temporaire des conditions du bien-être sexuel des aînés	221
Annexe I : schéma temporaire des stratégies du bien-être sexuel des aînés	222

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 L'actualisation sexuelle en lien avec le sens à la vie.</i>	<i>55</i>
<i>Figure 2 Schéma d'entrevue initial.</i>	<i>72</i>
<i>Figure 3 Schéma d'entrevue final.</i>	<i>74</i>
<i>Figure 4 Arbre thématique final du sens de la sexualité et du bien-être sexuel.</i>	<i>88</i>
<i>Figure 5 Schéma final des conditions favorables au bien-être sexuel des aînés.</i>	<i>105</i>
<i>Figure 6 Schéma final des stratégies relationnelles du bien-être sexuel des aînés.</i>	<i>118</i>
<i>Figure 7 Schéma final des stratégies sexuelles du bien-être sexuel des aînés.</i>	<i>125</i>

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre aborde la problématique générale de cette étude. Il comprend l'introduction, la question de recherche, la recension des écrits, le cadre théorique et les objectifs de recherche.

1.1 L'introduction

Il est important de mieux comprendre la réalité de la vie sexuelle des aînés et ses répercussions sur le bien-être sexuel et la qualité de vie pour plusieurs raisons. Premièrement, la population d'aînés au Canada est en hausse constante: Statistique Canada (2005) estime qu'en 2015, les aînés de 65 ans et plus dépasseront le nombre d'enfants de 15 ans et moins et représenteront 20 % de la population en 2024. Deuxièmement, non seulement les aînés canadiens croissent constamment en nombre, mais ils vivent de plus en plus longtemps. D'après Statistique Canada (2011), l'espérance de vie au Canada à la naissance a atteint 80,7 ans en 2007 et continue d'augmenter. De plus, d'après l'Institut de la statistique du Québec (2012), l'espérance de vie en bonne santé, soit sans incapacité physique ou mentale, s'accroît elle aussi continuellement. En 2006, celle-ci avait atteint 67,4 années. Ces changements démographiques ont amené un intérêt envers les problèmes de santé sexuelle des aînés et suscité des inquiétudes à propos d'un fardeau potentiel sur les ressources de santé publique (Marshall, 2011). D'ailleurs, ces changements augmentent significativement le nombre d'années potentielles d'activité sexuelle chez les aînés, nouveau concept nommé « l'espérance de vie sexuelle active »

par Lindau et Gavrilova (2010) et défini comme le nombre moyen d'années de vie sexuelle active. Cet indicateur permettra, selon ces auteurs, de faire une prévision plus juste des besoins de santé publique dans le secteur de la santé sexuelle (Lindau & Gavrilova). Troisièmement, comme les familles sont plus petites et que l'espérance de vie est plus grande, les couples ne passent plus la majeure partie de leur vie à élever leurs enfants; de nouvelles étapes de vie émergent, dont le nid vide et la retraite (Burgess, 2004).

Le plaisir sexuel est reconnu comme un besoin fondamental des êtres humains et représente un aspect important de la vie (Lindau et al., 2007). Plusieurs études ont désormais démontré que la satisfaction sexuelle est associée au bien-être psychologique (Hurlbert et al., 2005; Hinchliff & Gott, 2004; Wylie, 2004) et négativement reliée à des symptômes dépressifs (Nicolosi, Moriera, Villa, & Glasser, 2004; Tower & Krasner, 2006). Une majorité de personnes âgées considère l'expression sexuelle comme étant essentielle à une bonne relation avec leur partenaire (Seeber, 2001) alors que le maintien d'un niveau satisfaisant d'activités sexuelles est important pour conserver une qualité de vie élevée (Griebeling, 2006). Une étude basée sur un échantillon représentatif des États-Unis, la National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP), a indiqué que la majorité des personnes âgées ont des relations sexuelles et considèrent la sexualité comme une partie importante de leur vie. La prévalence des activités sexuelles diminue avec l'âge, mais un nombre substantiel d'ainés ont rapporté pratiquer la pénétration vaginale, le sexe oral et la masturbation même au-delà de 80 et 90 ans (Lindau et al., 2007). Malgré la baisse graduelle de la fréquence du coït, les personnes âgées se considèrent généralement au moins aussi satisfaites de leur fonctionnement sexuel que précédemment dans leur vie (Bortz & Wallace, 1999; Ginsberg, Pomerantz, & Kramer-Feeley, 2005; Laumann et al., 2006; Schiavi, 1999; Starr & Weiner, 1982) et ce, surtout dans les pays

où l'égalité sexuelle est davantage reconnue (Laumann et al., 2006). Dans la Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB), une étude conduite dans de multiples pays auprès de 27 500 participants, le bien-être sexuel subjectif était corrélé positivement avec le bonheur général chez les femmes et les hommes âgés entre 40 et 80 ans (Laumann et al., 2006).

Malgré l'importance de la sexualité à l'âge avancé, l'expression sexuelle typique des personnes âgées en santé est un domaine encore très peu exploré en recherche (DeLamater, 2012). Des centaines d'études montrent l'impact négatif de maladies spécifiques, de conditions médicales ou de médicaments sur le fonctionnement sexuel des aînés. Dans la conceptualisation dominante médicalisée, le bien-être sexuel et la santé sexuelle sont souvent décrits en termes d'absence ou de présence de fonctionnement sexuel problématique (Syme, 2011). Il semble majoritairement accepté dans la littérature scientifique d'associer le bien-être sexuel, la santé sexuelle et la fonction sexuelle à la dysfonction sexuelle, comme s'il s'agissait de concepts antonymes. La prédominance de la recherche sur les problèmes de fonctionnement sexuel crée une vision qui encourage le stéréotype que les personnes âgées en santé ne sont pas actives ou intéressées par la sexualité (Delamater, 2012). En même temps, cette focalisation médicale s'effectue au détriment des dimensions sociale, psychologique et relationnelle de la sexualité, ainsi que de leurs interactions et corrélats (DeLamater, 2012; Marshall, 2011; Tiefer, 2007).

L'arrivée du Viagra en 1998 et sa large commercialisation ont contribué à une certaine déstigmatisation des problèmes sexuels à l'âge avancé tout en stimulant la recherche (MacDougall, 2006). C'est ainsi que ces dernières années, la recherche s'est appliquée à améliorer la longévité sexuelle, c'est-à-dire à aider les aînés à mieux fonctionner sexuellement, en particulier par des interventions biomédicales (Marshall,

2011). La présomption tenace que les personnes âgées sont asexuelles et sans sentiment ou désir sexuel (Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007) perd peu à peu de sa force les études comme celle de Lindau et Gavrilova qui cherchent à améliorer la fonction sexuelle (2010).

Il reste que le concept de satisfaction sexuelle ou d'amélioration sexuelle n'a toujours pas été défini correctement (Rosen & Bachmann, 2008). On n'en connaît d'ailleurs que très peu sur le bien-être et la santé sexuels perçus (Laumann et al., 2006) ou le potentiel sexuel (Kleinplatz, 2009). Le manque d'informations adéquates et fiables liées à la sexualité, au bien-être sexuel des aînés et aux concepts apparentés comme l'épanouissement et l'actualisation sexuels est tel que la promotion et la prévention du bien-être et de la santé sexuels ne sont pas pris sérieusement en compte par les décideurs (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2006). Enfin, l'absence de recherche sur la sexualité des couples âgés a été notée dans une recension des écrits (Blieszner, 2006).

Somme toute, l'activité sexuelle peut encore être possible à l'âge avancé et contribuer à l'épanouissement du couple aîné. Il est primordial d'investiguer comment les personnes elles-mêmes définissent et comprennent la sexualité et la santé sexuelle de sorte que les professionnels de la santé puissent mieux comprendre la sexualité et ainsi contribuer à une meilleure santé sexuelle (OMS, 2006). Personne ne peut se soustraire indéfiniment à la vieillesse et aux pertes, et pourtant, les études ne font que rarement mention des stratégies utilisées pour bien vivre sa sexualité au sens large malgré les vicissitudes inhérentes au vieillissement (Gott, 2005).

1.2 Question de recherche

La sexualité et le bien-être sexuel représentent donc une réalité importante pour la population d'aînés toujours en expansion et leur étude scientifique ne devrait plus être

objet de tabous et de stéréotypes. Afin de contribuer à l'avancement des connaissances et des pratiques sur l'importante question du bien-être sexuel des personnes âgées, il apparaît indiqué d'explorer, à partir de l'expérience que les personnes âgées en ont elles-mêmes, comment est perçue et vécue la sexualité, ainsi que ce qui favorise le bien-être et l'actualisation sexuels au cours du vieillissement. De façon plus précise, les questions qui se posent sont les suivantes : Quelle perception ont les individus âgés de 65 ans et plus, en bonne santé, à la retraite et vivant en couple hétérosexuel, 1) de leur sexualité; 2) de leur bien-être et actualisation sexuels; 3) des conditions et stratégies qui favorisent leur bien-être et actualisation sexuels?

1.3 Recension des écrits

L'actualisation sexuelle est un concept qui a été très peu étudié. Il s'avère alors nécessaire d'élargir la recension des écrits à des thématiques plus larges, soit : 1) la sexualité et les concepts analogues tels que la fonction et l'activité sexuelles, 2) le bien-être sexuel et ses concepts apparentés comme la santé, la satisfaction et l'épanouissement sexuels; et 3) les conditions et les stratégies biopsychosociales les plus favorables à la santé, à la satisfaction, au bien-être et à l'épanouissement sexuels.

Ces concepts ont beaucoup évolué et ont été compris de façon très diverse depuis les premières études sur la sexualité. C'est pourquoi cette recension vise à situer les composantes du concept dans leur contexte social, telles qu'elles ont été comprises par les différents auteurs et à retracer les étapes principales de son évolution en commençant par les grandes études classiques sur la sexualité et celles plus spécifiques à la sexualité des personnes âgées du milieu du siècle dernier, pour ensuite en décrire les développements

dans les années 1980-90, puis après l'an 2000. Enfin, une dernière partie recense les divers corrélats et prédicteurs de la satisfaction sexuelle des aînés. De cette façon, il est possible de suivre l'évolution du concept au cours des 70 dernières années et les implications de cette évolution par rapport à la manière de concevoir et d'expliquer la sexualité des personnes âgées.

1.3.1 Les études classiques sur la sexualité en général et celle des aînés

Les études classiques sur la sexualité (Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948, 1953; Masters & Johnson, 1966, 1970) ont été réalisées aux États-Unis dans un contexte d'après-guerre, pendant lequel les gens se questionnaient sur la « normalité » de leurs comportements sexuels (Kinsey et al., 1948). Selon Kinsey et al. (1948), l'Église et la loi interdisaient alors le coït en dehors du mariage et limitaient de manière très spécifique les techniques du coït marital. La masturbation, l'amour oral, la sodomie, l'homosexualité et les contacts avec les animaux étaient définis comme des actes contraires à la nature, bestiaux, abominables et punissables comme crimes, qu'ils aient lieu ou non dans le cadre du mariage. L'Église chrétienne interdisait aussi l'utilisation des moyens de contraception dans le cadre du mariage (Kinsey et al., 1948). L'oeuvre d'Alfred Kinsey a été le premier jalon de la recherche sur la sexualité et le point d'où la recherche ultérieure a émané, soit en se distançant, soit, au contraire, en développant les conclusions de Kinsey (Gott, 2005).

Les études de Kinsey et de ses collaborateurs (1948, 1953)

Le biologiste américain Alfred Kinsey opérationnalisé le concept de sexualité en distinguant les attitudes quantifiables et les composantes comportementales. Son équipe a mené des enquêtes vastes mais non représentatives sur le comportement sexuel humain,

avec des tailles d'échantillon allant jusqu'à 5300 hommes (Kinsey et al., 1948) et 5940 femmes (Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhard, 1953). Seulement 10 % des hommes et 3 % des femmes dans les échantillons de Kinsey avaient plus de 50 ans. Kinsey et ses collègues ont révélé une grande variété de comportements sexuels humains aux États-Unis et ont établi de nouvelles normes pour la population dans son ensemble. Ils ont proposé deux catégories de comportements qui conduisent à l'orgasme: 1) l'orgasme pendant les rapports sexuels avant ou pendant le mariage, et 2) les orgasmes résultant de la masturbation, des émissions nocturnes, des caresses, des relations homosexuelles et des contacts sexuels avec des animaux. Au fil du temps, l'équipe de Kinsey a développé et conceptualisé de nouvelles normes sexuelles fondées exclusivement sur le fonctionnement sexuel et la fréquence de l'activité sexuelle (c.-à-d., la performance). La tendance à la normalisation des comportements sexuels et de l'activité sexuelle fréquente a été étendue aux populations âgées.

La conceptualisation de la sexualité de Kinsey et al. (1948) ne comprenait que des actes sexuels pouvant conduire à l'orgasme. Le bien-être sexuel a donc été défini par la fréquence des orgasmes et les personnes qui ont déclaré avoir plusieurs orgasmes par jour ont été désignées comme des « athlètes sexuels »" (Kinsey et al., 1948). L'objectivité apparente des questionnaires et la nature facilement quantifiable des orgasmes ont conduit un certain nombre de chercheurs en sexualité à suggérer un lien entre la fréquence de l'activité sexuelle/orgasme et la satisfaction sexuelle (Edwards & Booth, 1994; Sprecher & McKinney, 1993; Waite & Joyner 2001).

Peu de critiques ont été formulées à l'endroit de l'approche méthodologique adoptée par l'équipe de Kinsey. La principale concerne le petit nombre de personnes âgées dans ses échantillons et la seconde se rapporte au devis transversal qui ne peut prendre en

compte des relations entre l'âge et la sexualité à cause des influences confondantes de l'effet de cohorte. Considérant le peu de limites attribuées par les autres chercheurs à ces deux études, la méthodologie utilisée fut reproduite à maintes reprises dans les études subséquentes sur le vieillissement et la sexualité (Gott, 2005). Trois observations sur les travaux de Kinsey sont appropriées ici. Tout d'abord, l'approche de Kinsey à la sexualité est essentiellement biologique et a donc tendance à réduire la sexualité à ses composantes biophysiques apparentes. Deuxièmement, les orgasmes ne constituent pas nécessairement une mesure précise ou scientifique de l'expérience sexuelle (Bancroft, 1998); l'expérience sexuelle devrait être évaluée par des mesures alternatives ou complémentaires. Troisièmement, la fréquence de l'orgasme est plus particulièrement une mesure axée sur la sexualité des jeunes et ne tient pas compte des nombreux aspects de l'expérience sexuelle subjective chez les populations vieillissantes.

Après Kinsey et ses collaborateurs, le couple Masters et Johnson ont été les artisans d'une deuxième vague de recherches de grande envergure sur la sexualité qui a également eu un impact significatif sur les croyances à propos de la sexualité au cours du vieillissement.

Les études de Masters et Johnson (1966, 1970)

Shere Hite (2002) a soutenu que le début des années soixante a été le témoin de l'émergence de la plus grande révolution sexuelle jamais vécue en Amérique du Nord. Encore d'après Hite (2002), la production industrielle de masse, l'apparition de la pilule contraceptive et la légalisation de l'avortement en 1973 ont conduit les femmes à une plus grande « liberté » sexuelle. En même temps, ces femmes se sont sensibilisées à la possibilité d'une sexualité fonctionnelle, leur procurant du plaisir bien après la ménopause

(Agronin, 2004). Les recherches sur la sexualité des Américains William Masters, gynécologue, et de Virginia E. Johnson, psychologue, se sont développées pendant le pic de la révolution sexuelle, lorsque les attitudes sexuelles sont devenues beaucoup plus libérales.

Dans leur laboratoire, Masters et Johnson ont étudié les réactions physiologiques à la stimulation sexuelle chez 382 femmes et 312 hommes. Seules 34 femmes et 39 hommes de l'échantillon étaient âgés de plus de 50 ans (Masters et al., 1988; Masters & Johnson, 1966). Les représentations de la sexualité de Masters et Johnson chez les populations âgées étaient peu flatteuses: ils ont signalé que les femmes souffraient de «privation coïtale» et que les hommes souffraient de dysfonction érectile et de manque de désir sexuel. Même s'ils ont étudié la sexualité principalement sous l'angle des problèmes sexuels, Masters et Johnson ont travaillé en tant que thérapeutes et étaient également intéressés par la satisfaction sexuelle. Ils ont émis l'hypothèse que surmonter les difficultés sexuelles permettrait d'améliorer la satisfaction sexuelle. Ces deux chercheurs ont été reconnus comme les *leaders* de l'ère moderne de la thérapie sexuelle, traitant les dysfonctions sexuelles avec une combinaison de restructuration cognitive, de changements comportementaux et d'éducation sexuelle (Tiefer, 2006). Basées dans les départements de psychiatrie d'écoles de médecine, « un certain nombre de cliniques de thérapie psycho-médicale sexuelle ont été créées au milieu des années 1970 à l'aide de traitements basés sur les travaux de Masters et Johnson » (Tiefer, 2006, p. 365).

Les classiques de la recherche sexuelle publiés par Kinsey et ses collègues (1948, 1953) et Masters et Johnson (1966) ont profondément affecté l'évolution de la recherche sur la sexualité. Les chercheurs ont conceptualisé la sexualité comme une activité presque exclusive aux personnes en âge de procréer; la sexualité a été vue à travers la lentille d'une

épistémologie positiviste (dans lequel un petit ensemble discret d'idées sont utilisées pour tester des variables avec une observation attentive pour mesurer la réalité objective; Creswell, 2009) et mesurée quantitativement par des essais ou des expériences de laboratoire. Ces classiques ont établi des normes sexuelles en mesurant la fréquence des actes sexuels, la nature des comportements sexuels, les orgasmes, tout en ne prêtant guère attention à la sexualité ou au bien-être sexuel pendant le vieillissement. L'impact de ces conceptualisations de la sexualité et du bien-être sexuel sur les recherches ultérieures sera discuté dans les sections suivantes.

Les trois études Duke (1969, 1971, 1981)

La première enquête importante de la sexualité pendant le vieillissement est une étude longitudinale menée aux États-Unis, de 1954 à 1961, par des chercheurs du Centre de l'Université de Duke pour l'étude du vieillissement (George & Weiler, 1981; Pfeiffer, Verwoerdt, & Davis, 1971; Verwoerdt, Pfeiffer, & Wang, 1969). L'étude a porté sur le niveau d'activité sexuelle et d'intérêt sexuel chez les aînés. Les chercheurs ont appliqué la conception de la sexualité de Kinsey en termes d'actes quantifiables et normalisés, mais se sont distingués des travaux de Kinsey en classant les actes sexuels dans l'une de ces deux catégories: a) les rapports sexuels, et b) les autres expressions de l'amour, comme les étreintes, les baisers ou le toucher. Les chercheurs de Duke ont utilisé un échantillon de référence de 254 hommes et femmes âgés de 60 à 94 ans, recruté par une compagnie d'assurance de santé. La principale conclusion des auteurs a été que l'intérêt sexuel reste stable au cours de la vie, alors que l'activité sexuelle diminue avec l'âge (George & Weiler, 1981; Pfeiffer et al., 1971; Verwoerdt et al., 1969). Bien que la continuité et l'intérêt pour l'activité sexuelle aient sans doute joué un rôle dans le bien-être sexuel, ce dernier n'était

pas d'un intérêt primordial pour les chercheurs.

Selon Tiefer (2006), plusieurs chercheurs et décideurs de santé publique ont depuis lors largement critiqué l'épistémologie positiviste traditionnelle des études sexuelles classiques. Les idées libératrices popularisées par Masters et Johnson (p. ex., que l'activité sexuelle empêche la détérioration sexuelle ou que la satisfaction sexuelle est souhaitable, saine et nécessaire à l'âge avancé) (Masters et al., 1988) auraient entraîné, d'après Tiefer, moins de liberté que de contrôle social. Autrement dit, la pression d'atteindre une norme préétablie et valable pour tous de santé et de succès constituerait une forme de contrôle social (Tiefer). Après tout, bien que l'épanouissement sexuel puisse réellement contribuer au mieux-être d'un individu, il reste que plusieurs personnes âgées ne peuvent ou ne veulent pas vivre une sexualité épanouie pour des raisons d'intérêt, de santé ou de manque de partenaire adéquat (Katz & Marshall, 2003; Gott, 2005).

Les rapports Hite (1976, 1981)

Shere Hite est une éducatrice sexuelle, historienne et féministe. Sans renier le travail fondamental de Kinsey et de Masters et Johnson, Shere Hite croyait que l'expérience sexuelle devait se comprendre dans son contexte culturel et personnel plutôt qu'à l'intérieur d'un laboratoire (Hite, 2002). Trois mille femmes et 6994 hommes ont anonymement répondu à des questionnaires détaillés au sujet de leur sexualité. Cinq pour cent des participants étaient des femmes de plus de 40 ans alors que 11 % des hommes avaient plus de 60 ans. Bien que Hite ne se soit pas concentrée exclusivement sur les personnes âgées, elle a tout de même tiré des conclusions sur l'impact de l'âge sur la sexualité. Hite (1976, 1981) a rapporté que les femmes et les hommes ont tous deux rapporté une augmentation du plaisir sexuel et une diminution simultanée de la réponse

sexuelle (p. ex., la diminution de la lubrification ou de la fonction érectile) à mesure qu'ils vieillissaient. La conception inclusive de la sexualité de Hite a pris en compte l'intimité physique à tous les âges, les interactions sexuelles physiques et le bien-être sexuel atteint via l'exploration sexuelle libre et la découverte.

Ludeman (1979)

Une autre étude a suivi une conception inductive et humaniste. Ludeman (1979) a mené une enquête phénoménologique sur la sexualité des femmes âgées. L'objectif de la recherche était d'explorer la signification de la sexualité pour les femmes de plus de 60 ans. Les résultats ont montré une cohérence tout au cours de la vie en ce qui concerne l'intérêt pour la sexualité. Ils ont en outre révélé que les femmes de plus de 60 ans sont particulièrement intéressées par le toucher et par la dynamique de la relation homme-femme (Ludeman).

Le rapport Starr-Weiner (1982)

Dans les années 1980, d'autres chercheurs ont commencé à s'affranchir des méthodes de Kinsey et à explorer de nouvelles avenues. Au cours de la même période où Shere Hite effectuait la recherche décrite ci-dessus, Bernard D. Starr et Marcella B. Weiner (1982) ont exploré l'expérience subjective ou profonde de la sexualité pendant le vieillissement en utilisant un échantillon de participants de tous âges. Ces chercheurs ont également étudié les prédicteurs et les niveaux de satisfaction sexuelle dans des contextes spécifiques. Starr et Weiner (1982) ont interrogé 800 personnes de plus de 60 ans aux États-Unis à propos de leurs comportements sexuels et de leurs expériences subjectives de la sexualité, à l'aide de questionnaires auto-administrés comprenant des questions

fermées et ouvertes. Les résultats ont révélé que les aînés ont encore du plaisir sexuel et que l'activité sexuelle peut être aussi satisfaisante, si ce n'est plus satisfaisante, que plus tôt dans la vie. Toutefois, certains des participants les plus âgés ont déclaré qu'ils estimaient que leurs besoins d'épanouissement sexuel n'étaient pas bien acceptés (Starr & Weiner). Bien que Starr et Weiner aient utilisé une épistémologie positive et des méthodes quantitatives qui rappellent celles de Kinsey et de Masters et Johnson, le travail de ces chercheurs a eu le mérite de s'être concentré sur les personnes âgées. En outre, Starr et Weiner ont ajouté une approche inductive (questions ouvertes) aux méthodes déductives des chercheurs originaux, et ont reconnu l'importance de la satisfaction sexuelle et des aspects sociaux de la sexualité dans le vieillissement. Starr et Weiner ont élargi le concept de sexualité des personnes âgées pour inclure les attitudes sociales et la satisfaction sexuelle aux actes sexuels et à leurs fréquences. Par ailleurs, ils ont incorporé le bien-être sexuel dans la mesure de la sexualité, et la satisfaction sexuelle dans celle du bien-être sexuel.

Rapport de Brecher (1984)

L'étude du chercheur américain Brecher (1984) sur la sexualité et le vieillissement est la plus vaste de son époque (Gott, 2005). L'étude a exploré et décrit un large éventail de relations sexuelles, y compris les relations conjugales, non conjugales, extra-conjugales et après le mariage chez 1844 femmes et 2402 hommes âgés de 50 à 93 ans. Les résultats ont révélé que la sexualité était plus importante pour les hommes mariés que pour les femmes mariées (Brecher). Un des résultats les plus frappants de Brecher a été la grande hétérogénéité des expériences sexuelles, des préférences, des aversions, des attentes et de la satisfaction des personnes âgées. Par conséquent, les concepts de sexualité et de bien-

être sexuel ont commencé à fusionner et le paradigme s'est transformé pour intégrer le plaisir sexuel et la satisfaction. Les études de Brecher (1984) et de Hite (1976; 1981; 2002) ont montré que la sexualité est un concept subjectif. Leurs études n'ont pas défini la sexualité par les attitudes sociales ou par les normes de l'auteur. Ils n'ont pas non plus exploré la sexualité via des listes de questions fermées à propos de catégories d'actes sexuels. Au lieu de cela, les participants ont eu l'occasion de décrire leurs expériences sexuelles personnelles. Les nombreux éléments humanistes apportés par Brecher et Hite de même que la distance prise vis-à-vis des conceptions positivistes antérieures ont été mis de côté dans les années 1980 et 1990 et presque totalement oubliés par la suite (Tiefer, 2006).

1.3.2 Les concepts de sexualité et de bien-être sexuel dans les années 1980-90

Le concept de sexualité des aînés

La fonction et la dysfonction sexuelle, ou un concept quantitatif et normatif. En 1980, l'American Psychiatric Association a adopté le cycle de la réponse sexuelle de Masters et Johnson ainsi que sa nomenclature des dysfonctions sexuelles. D'après Tiefer (2006), cette adoption a contribué à légitimer la prédominance de la recherche scientifique sur les problèmes sexuels, ainsi qu'à donner une base internationale aux systèmes de classification des dysfonctions et problèmes sexuels. Dans les années 1980 et 1990, les développements de la recherche urologique ont amené à voir les capacités érectiles masculines comme un phénomène vasculaire, principalement physiologique, et les dysfonctions érectiles comme un problème organique traitable par le système médical (Katz & Marshall, 2003). C'est ainsi qu'une recension des écrits sur la sexualité et le vieillissement, conduite dans les années 1990, a révélé que la fonction sexuelle et le

dysfonctionnement ont souvent été « définis comme des conditions médicales, envisagés d'un point de vue hétérosexuel et masculin et axés sur le coït » (Deacon, Minichiello, & Plummer, 1995, p. 502).

La recherche sur le vieillissement et la sexualité dans les années 1980 et 1990 a porté sur les variables et les corrélats de l'activité sexuelle, le comportement, le fonctionnement, la pathologie et l'intérêt ou le désir sexuel. Des études ont continué à traiter la sexualité comme un concept quantitatif et normatif, c'est-à-dire mesuré par la fréquence et la variation de l'activité sexuelle, le niveau de fonctionnement et l'intérêt pour la sexualité. Les auteurs ont supposé que des concepts tels que le comportement sexuel, l'activité sexuelle et les rapports sexuels étaient synonymes, mais ces concepts n'ont pas été définis de façon opérationnelle et leur sens a été laissé à la compréhension subjective des participants.

La sexualité des aînés, un concept aussi psychologique et social. Aux États-Unis, l'augmentation des connaissances sur le vieillissement sexuel normal et pathologique (p. ex., Morley & Kaiser, 1992) a suscité le développement de divers modèles de la sexualité dans le vieillissement, en particulier chez l'homme. Les modèles étaient axés sur deux groupes: a) des hommes âgés avec une sexualité fonctionnelle normale et b) des hommes âgés avec une sexualité pathologique et dysfonctionnelle (Metz & Miner, 1998). Marsiglio et Greer (1994) ont quant à eux proposé un modèle conceptuel socio-psychologique, dans lequel le point central est la relation entre le processus du vieillissement, les contextes sexuel et culturel au sens large et les changements physiologiques liés au vieillissement (Marsiglio & Greer, 1994). Graduellement, la recherche médicale sur les dysfonctions et pathologies sexuelles pendant le vieillissement a incorporé certains aspects sociaux et psychologiques tels que l'estimation subjective de la satisfaction sexuelle et du plaisir (p.

ex., Bortz, Wallace, & Wiley, 1999; Deacon, Minichiello, & Plummer, 1995; Schiavi et al., 1994).

Un changement dans la recherche gérontologique a eu lieu dans les années 1990 (Wiley & Bortz, 1996). Jusqu'alors, la plupart des recherches en gérontologie avaient porté sur les changements normatifs qui accompagnent le processus de vieillissement. Cependant, des chercheurs comme Fiatarone et Haskell (1990) ont contesté l'idée que la détérioration avec l'âge est inévitable. Selon eux, avec une intervention appropriée, la sexualité pouvait faire objet d'amélioration au même titre que n'importe quel autre aspect du processus normal du vieillissement. Gr ce à des séances de formation avec des personnes âgées, Wiley et Bortz (1996) ont observé que la connaissance et l'éducation à propos de questions sexuelles étaient les principaux déterminants de la satisfaction sexuelle. Leur programme de formation a amélioré la connaissance, la confiance en soi et la sensibilité, en plus d'accroître le désir de rapports sexuels et la fréquence de la masturbation. Quelques années plus tard, ces auteurs ont utilisé le concept de vieillissement réussi comme prémisse d'une autre étude (Bortz, Wallace, & Wiley, 1999). Ils ont décrit la sexualité comme un « phénomène biopsychosocial complexe, la satisfaction sexuelle étant le résultat d'une intégration réussie des trois domaines » (Bortz et al., 1999, p. M237).

Le concept de bien-être sexuel

Très peu d'études sur le bien-être sexuel ou ses concepts connexes ont été réalisées avant l'av nement du Viagra en 1998. D'ailleurs, la plupart d'entre elles ont été menées dans des départements de médecine et ont porté sur les facteurs liés à la satisfaction sexuelle chez les personnes âgées. Une de ces études (Schiavi et al., 1994) a exploré la

satisfaction sexuelle chez les hommes vieillissants en bonne santé. Schiavi et ses collègues ont découvert que les hommes âgés en bonne santé ont continué à rapporter des expériences sexuelles satisfaisantes en dépit d'une fonction sexuelle diminuée, comme une diminution de l'excitation subjective, de la fréquence des rapports sexuels, du nombre d'orgasmes par mois ou de la capacité érectile. Cette constatation a généré un intérêt à explorer les déterminants du plaisir sexuel et de la satisfaction sexuelle pendant le vieillissement. Les auteurs ont distingués trois dimensions dans la satisfaction sexuelle: la satisfaction sexuelle globale, la satisfaction fonctionnelle et le plaisir de la sexualité conjugale. La principale conclusion de cette étude a été que le plaisir sexuel et la satisfaction ne varient pas en fonction de l'âge (Schiavi et al., 1994).

Une seule étude sur le bien-être sexuel à partir d'une perspective humaniste a été menée dans les années 1990. Shaw (1994) a exploré le potentiel sexuel chez 65 personnes âgées entre 50 et 92 ans. L'analyse des entrevues a révélé la présence de plusieurs thèmes représentatifs du potentiel sexuel chez les aînés : la différenciation, l'actualisation de soi, l'intimité et l'érotisme (Shaw). Les conclusions de Shaw étaient préliminaires et semblent avoir été négligées par la vague la plus récente de médicalisation. Comme décrit par Tiefer, « l'histoire des traitements humanistes a été enterrée dans des livres qui ne sont plus publiés » (Tiefer, 2006, p. 365).

1.3.3 Les développements récents : les années 2000 à 2014

Cette section décrira, dans un premier temps, le discours prédominant actuellement dans la recherche sur la sexualité et son impact sur les divers concepts et dimensions apparentés tant à la sexualité qu'au bien-être sexuel pendant le vieillissement. Une

seconde partie décrira, quant à elle, les dimensions du concept de sexualité ainsi que le concept de bien-être sexuel et autres concepts apparentés qui sont négligés par le discours principal.

Le discours majeur dans la recherche sur la sexualité et le vieillissement : la médecine et les (dys)fonctions sexuelles

En grande partie, les écrits scientifiques sur la sexualité tout comme sur le bien-être sexuel et le vieillissement publiés après 2000 ont été dominés par la recherche menée dans des départements de médecine. Sur le concept de sexualité des aînés, 27 des 69 documents répertoriés ont été écrits par des chercheurs relevant de départements de médecine aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Allemagne, en Italie, au Canada, en Australie, aux Pays-Bas, en Espagne et en Roumanie. Les départements de médecine prédominants sont ceux de psychiatrie (p. ex., Davis, 2007; Wilkins & Warnock, 2009) et de gériatrie (p. ex., Umidi et al., 2007). De même, environ la moitié des études recensées sur le bien-être sexuel et les concepts connexes était fondée sur une perspective médicale et porte sur le concept de santé sexuelle. Ces études ont été menées dans des départements de médecine, de psychiatrie et des centres de santé, principalement aux États-Unis et en Europe. Ce volume important d'écrits médicaux sur la sexualité des personnes âgées n'est pas très surprenant compte tenu de la multiplication des cliniques de thérapie sexuelle psychomédicales dans les départements psychiatriques dans les années 1970 (Tiefer, 2006) et l'apparition de médicaments pour contrer la dysfonction érectile à la fin des années 1990. Depuis l'apparition du Viagra, en 1998, suivi en 2003 par le Levitra et le Cialis, qui lui a l'avantage d'agir plus rapidement et plus longtemps que ses prédécesseurs (MacDougall, 2006), le nombre de consommateurs de ces médicaments a rapidement explosé, d'où un

marché qui a atteint, en 2006, « l'échelle du milliard de dollars par an aux États-Unis » (MacDougall, p. 60). Par ailleurs, les comportements à risque et les infections sexuellement transmissibles sont devenus un centre d'intérêt de la santé sexuelle chez les personnes âgées en raison de la propagation du VIH/SIDA (Bourne & Minichiello, 2009; James, Gillies, & Bignell, 1998).

La recherche médicale sur la sexualité s'inscrit dans la tradition médicale de l'épistémologie post-positiviste, les études quantitatives utilisant des questionnaires auto-administrés et, dans la plupart des cas, des examens médicaux qui peuvent comprendre des évaluations endocrinologiques et des mesures de la tumescence pénienne nocturne. La tradition médicale est fondamentalement axée sur les problèmes, les dysfonctionnements, les maladies et la quête pour les traitements pharmacologiques et psychologiques. Dans la conceptualisation dominante, l'absence de dysfonction sexuelle serait synonyme de fonctionnement sexuel maximal et représenterait un bien-être et une qualité de vie sexuelle élevée (Syme, 2011). La compréhension de la fonction sexuelle par l'absence de dysfonction sexuelle est à ce point répandue que les recensions des écrits de la dernière décennie qui portent sur plusieurs questionnaires communs ne s'entendent pas sur une appellation uniforme. Alors qu'une recension des écrits aborde les instruments de mesure de fonction/dysfonction sexuelle par le simple terme de dysfonction sexuelle (Rizvi, Yeung, & Kennedy, 2011), une autre préfère celui de fonction sexuelle (Meston & Derogatis, 2002). Dans la recension systématique des écrits de Daker-White (2002), il est question de (dys)fonction sexuelle, alors qu'Arrington, Cofrancesco et Wu (2004) évitent les deux termes en utilisant l'appellation plus vaste de qualité de vie sexuelle. Pour certains chercheurs comme Weidner et ses collègues (2001), urologues, ou l'équipe d'endocrinologues de BellaStella (2005), la sexualité normale chez les hommes âgés se

restreint aux changements hormonaux et aux altérations du fonctionnement érectile, de la libido, de la qualité du sperme et de l'éjaculation. Toutefois, cette perspective biologique et négative extrême ne représente l'opinion que d'une minorité de chercheurs. Tout récemment, DeLamater (2012) a recensé et fait une synthèse des études sur *l'expression sexuelle* des aînés. Il a ainsi proposé une définition novatrice du *fonctionnement sexuel* : « le fonctionnement sexuel réfère à l'habileté à s'engager dans une expression sexuelle et dans des relations sexuelles qui sont enrichissantes, ainsi qu'un état de bien-être physique, mental et social en relation à sa sexualité » (DeLamater, 2012, p. 127).

La plupart des études médicales des années 2000 reconnaissent les dimensions psychologiques et, plus rarement, les dimensions sociales de la sexualité. Les conceptualisations de la sexualité par les chercheurs médecins (p. ex., Lindau et al., 2007; Howard, O'Neill, & Travers, 2006) englobent le fonctionnement sexuel, l'activité sexuelle et le comportement sexuel, mais comprennent également les relations et les attitudes sexuelles. Les problèmes sexuels rapportés impliquent généralement un manque d'intérêt ou d'excitation, peu d'orgasmes, de la douleur reliée à l'acte sexuel et l'insatisfaction sexuelle. L'étude de Lindau et al. (2007) a le mérite d'avoir sélectionné un échantillon aléatoire représentatif de la population des États-Unis avec 3005 personnes âgées entre 57 et 85 ans. La prévalence de l'activité sexuelle diminuait avec l'âge et les femmes étaient beaucoup moins susceptibles que les hommes de tous âges de déclarer une activité sexuelle. Parmi les répondants qui étaient sexuellement actifs, environ la moitié des hommes et des femmes ont déclaré au moins un problème sexuel gênant. Les problèmes de désir, de lubrification et d'orgasme étaient les plus souvent rapportés par les femmes, alors que les difficultés érectiles constituaient le problème le plus fréquent chez les hommes. Les hommes et les femmes qui ont évalué leur santé comme étant mauvaise

étaient moins susceptibles d'être sexuellement actifs et, parmi les répondants qui étaient sexuellement actifs, étaient plus susceptibles de signaler des problèmes sexuels (Lindau et al.)

Ce discours majeur sur la sexualité des aînés a un impact profond sur la façon dont des équipes de chercheurs composées de psychologues et de médecins ont approché des concepts apparentés à la sexualité et au bien-être sexuel. Le concept de développement sexuel normal pendant le vieillissement, ainsi que ceux de santé sexuelle, de satisfaction sexuelle et de bien-être sexuel ont fait l'objet de beaucoup d'études où la fonction et les problèmes sexuels prennent une place importante.

Fonctionnement et développement sexuel normal. Le fonctionnement sexuel a été étudié par des psychologues cliniciens avec une optique d'adaptation aux changements physiques et psychologiques qui affectent l'activité sexuelle (p. ex., Gingold, 2007; Siegel & Siegel, 2007; Wang, Lu, Willert, & Semans, 2007). Ces psychologues et psychiatres ont étudié les problèmes sexuels, l'expérience de la ménopause et le désir sexuel au mi-temps de la vie (p. ex., McHugh, 2007), les obstacles à l'expression de la sexualité (p. ex., Kalra et al., 2011; McAuliffe, Bauer, & Nay, 2007) et le déclin de la fréquence sexuelle (Karraker, DeLamater, & Schwartz, 2011). Les conseillers et psychologues cliniciens travaillent à l'amélioration du fonctionnement et des ajustements sexuels (Siegel & Siegel, 2007). Ces professionnels considèrent généralement la sexualité comme un processus de développement; en tant que thérapeutes, ils offrent des options et des stratégies pour maintenir le confort sexuel au cours du développement normal (Siegel & Siegel, 2007). Ce n'est donc pas parce que les auteurs se concentrent sur la fonction et l'activité sexuelle et les obstacles de l'expression sexuelle que leur définition de la sexualité est restreinte à

ces concepts. Au Québec, par exemple, Trudel a implicitement conceptualisé le bien-être sexuel comme étant le plaisir associé à l'étendue du répertoire sexuel (Trudel & Goldfarb, 2006).

Les concepts de santé (ou de fonction?) sexuelle. La santé sexuelle des aînés est typiquement mesurée par l'absence de problèmes ou de dysfonctions sexuels, à partir de sous-échelles focalisant sur divers aspects des dysfonctions sexuelles, comme la douleur, le désir, l'excitation, l'orgasme, etc. Comme exemples typiques de tels questionnaires fréquemment utilisés dans les années 2000, le Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS : Rust & Golombok, 1986, 1998) a été élaboré précisément pour l'évaluation des dysfonctions sexuelles en intervention thérapeutique. Bien que l'OMS (2006) définisse la santé sexuelle comme un état biopsychosocial de bien-être sexuel, il reste que la recherche de traitements pour les troubles et problèmes sexuels garde la prédominance. Tepper et Owens (2007) ont écrit:

Le concept de santé sexuelle inclut le traitement de conditions sous-jacentes qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et de reproduction ainsi que la liberté de la peur, de la honte, de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques et sociaux qui inhibent la réponse sexuelle et altèrent les relations sexuelles (Tepper & Owens, p. 313).

Deux questionnaires ont été élaborés dans les dernières années pour mesurer la santé sexuelle chez les hommes âgés: le European Male Ageing Study Sexual Function Questionnaire (EMAS-SFQ : O'Connor et al., 2008) et le Male sexual health questionnaire (MSHQ: Rosen, Catania, et al., 2004). Dans les deux cas, la santé sexuelle ne relève plus de l'absence ou de la présence de dysfonction sexuelle, mais plutôt de la fonction sexuelle chez l'homme âgé. En plus des éléments de la fonction sexuelle, le EMAS-SFQ a l'avantage de mesurer la détresse sexuelle alors que le MSHQ a celui

d'évaluer la satisfaction sexuelle. Une grande étude européenne a utilisé l'EMAS-SFQ pour étudier les changements reliés à l'âge et à la santé sexuelle (lire fonction sexuelle) chez 3369 hommes âgés (Corona et al., 2010). Ils ont conclu que la santé sexuelle déclinait alors que les comorbidités concomitantes augmentaient en fonction de l'âge. L'introduction de la détresse dans l'évaluation de la santé sexuelle provient du consensus international de classifications comprenant à la fois des causes psychologiques et physiques des dysfonctions sexuelles féminines. La détresse, est ainsi devenue une composante essentielle de presque tous les diagnostics (Basson et al., 2001). La santé sexuelle des femmes englobe la libido, la sensibilité et la réponse sexuelle, la lubrification, l'atrophie vaginale, le plaisir sexuel, les soins et le traitement des troubles gynécologiques (Elias & Sherris, 2003). D'ailleurs, le nouveau concept d'espérance de vie sexuelle active de Lindau et Gavrilova (2010) a récemment amené un regain d'intérêt pour la recherche sur la santé sexuelle des aînés. Selon DeLamater (2012), les attentes pour une continuité de la fonctionnalité sexuelle deviennent un indicateur de la santé sexuelle des aînés et soutiennent désormais une industrie médicale et thérapeutique en pleine croissance.

Le concept de satisfaction sexuelle. La satisfaction, le fonctionnement sexuel et le niveau d'activité sexuelle ont été considérés comme les éléments de base de la santé sexuelle (Mares & Fitzpatrick, 2004; O'Connor et al., 2008) et la sexualité réussie a été vue comme incluant l'amélioration de la fonction sexuelle et la satisfaction sexuelle biopsychosociale (Vincent, 2002). Dans les domaines de médecine et de psychothérapie sexuelles, l'évaluation de la satisfaction sexuelle est utilisée comme un des indicateurs standards des perturbations de la santé sexuelle. C'est pourquoi des items de mesure de la satisfaction et du plaisir sexuels sont souvent inclus dans les batteries de questionnaires

sur la dysfonction sexuelle (Stulhofer, Busko, & Brouillard, 2010).

Comme l'indiquent un certain nombre de questionnaires tels que le Sexual History Form (SHF) de Nowinski et LoPiccolo (Creti et al., 1998), la satisfaction et le bien-être sexuels peuvent aussi être considérés comme des entités distinctes du fonctionnement sexuel. La plupart des questionnaires incluent la satisfaction sexuelle dans une sous-échelle de la dysfonction sexuelle. Le International Index of Erectile Function (IIEF : Rosen et al., 1997) et le Female Sexual Function Inventory (FSFI : Rosen et al., 2000) en sont des exemples. Quand la satisfaction a été conceptualisée autrement, c'est à partir d'une simple question d'un questionnaire autoadministré et la satisfaction concernait principalement l'activité sexuelle. Par exemple, Beutel et ses collègues ont utilisé des questions sur l'orgasme et la satisfaction des rapports sexuels pour mesurer la satisfaction sexuelle globale (Beutel et al., 2005). Une autre équipe de recherche a utilisé une simple question portant sur la satisfaction des contacts sexuels (Umidi et al., 2007). Contrairement aux études médicales antérieures, l'équipe d'Umidi a basé la satisfaction sexuelle sur le contact ou l'activité sexuelle plutôt que sur leur fréquence. Enfin, à l'instar de Masters et Johnson, les chercheurs à l'origine de ce discours ont postulé que le fait de surmonter les problèmes sexuels/dysfonctionnements (et les sentiments correspondants de honte et de dégoût) était la clé de l'amélioration du confort, du plaisir, de la liberté et de la satisfaction sexuels, ainsi que de la qualité de vie en général (p. ex., Gelfand, 2000; Ginsberg, 2006).

Concepts apparentés à la sexualité négligés par le discours dominant

Des chercheuses provenant de départements de sciences infirmières et de gérontologie sociale ont étudié le concept de sexualité sous des angles différents, dans une perspective

centrée sur la personne âgée et son besoin d'intimité sexuelle ainsi que dans une perspective inductive, culturelle et reliée au genre.

Concept de sexualité axé sur la personne comme être sexuel ayant besoin d'intimité sexuelle. La recherche sur la sexualité menée par les infirmières dans les établissements de soins de santé a été réalisée au Royaume-Uni, en Australie, au Canada et en Allemagne. Les concepts de sexualité et de bien-être sexuel dans ces études se sont enrichis et définis comme : « le toucher humain et une vie sexuelle saine évoque des sentiments de joie, de romance, d'affection, de passion et d'intimité, tandis que le découragement et la dépression sont souvent le résultat d'une incapacité à exprimer sa sexualité » (Arena & Wallace, 2008, p. 630, traduction libre). En règle générale, ces études sont axées sur l'amélioration des connaissances et des attitudes sexuelles des professionnels des soins de santé travaillant avec des personnes âgées vivant en institution (p. ex., Adams 2003; Bauer, McAuliffe, & Nay, 2007; Rheume & Mitty, 2008). Pangman et Seguire (2000) ont fait valoir que les infirmières pourraient promouvoir la justice sociale en favorisant la prise de conscience de la sexualité dans divers secteurs de la société. Une équipe australienne a proposé un nouveau point de vue sur la sexualité des patients âgés. L'approche centrée sur la personne, ou holistique, demande que les infirmières considèrent les personnes âgées comme des êtres sexuels qui peuvent ou non souhaiter exprimer leur sexualité par des contacts physiques (Nay, McAuliffe, & Bauer, 2007). Un groupe de professionnels américains a récemment conçu des lignes directrices complètes pour le bien-être des résidents des établissements de soins de longue durée; ces directives sont destinées à aider le personnel et les professionnels à développer une approche cohérente des enjeux entourant l'intimité sexuelle dans les établissements de soins de longue durée

(Zehr, 2008).

La sexualité, un concept inductif, culturel et relié au genre. Peu d'études ont investigué la sexualité d'un pont de vue inductif, qui part de l'expérience et des conceptions sexuelles des aînés. Ces études montrent la grande importance du genre et de la culture pour la compréhension de la sexualité. Au Royaume-Uni, Gott et Hinchliff ont ouvert la voie à des études qualitatives visant à améliorer la compréhension de la sexualité (Gott, 2005; Gott & Hinchliff, 2003; Gott, Hinchliff, & Galena, 2004). Dans une étude qualitative, Gott et Hinchliff (2003) ont étudié les similitudes et les différences entre la compréhension de la sexualité des hommes et des femmes. L'échantillon était composé de 14 femmes et 17 hommes âgés entre 60 et 92 ans. Les résultats ont révélé que les participants considèrent la sexualité comme appropriée et naturelle dans le cadre du mariage seulement. Une dichotomie de genre est apparue dans les résultats : d'un côté, les femmes avaient tendance à percevoir l'acte sexuel comme un devoir envers leur mari, dans un rôle passif. Pour elles, la ménopause était considérée comme une libération leur permettant, si elles le désiraient, de se concentrer davantage sur leur propre plaisir sexuel. D'un autre côté, les hommes considéraient leur masculinité comme étant dépendante de leurs performances sexuelles, contrairement aux femmes. Ils considéraient donc que la dysfonction érectile était perçue comme normale, mais seulement chez les hommes très âgés. Gott et Hinchliff ont conclu que la sexualité est un concept qui doit être compris par induction, c'est-à-dire du point de vue de l'individu.

Une dernière étude a investigué la sexualité des aînés dans une perspective inductive (Moore, 2010). Il s'agit d'une étude japonaise utilisant une méthode d'analyse ethnographique avec une technique d'entrevue centrée sur l'histoire de vie. L'auteure a

interviewé 40 personnes âgées afin d'analyser la transformation de la sexualité avec l'âge. Pour les hommes de l'étude, il était marquant que les relations sexuelles déclinaient avec l'âge, surtout à cause des opportunités réduites pour des aventures extraconjugales. Par conséquent, certains hommes ont redéfini leur sens de la masculinité de celui d'avoir de multiples partenaires sexuels à celui de donner plus d'attention aux sentiments de leur conjointe. Les histoires des femmes âgées sont beaucoup plus complexes. De leur point de vue, les relations sexuelles n'étaient pas importantes. Alors qu'elles sentaient de l'affection envers leurs maris, elles ont exprimé cette affection par le jeu et la camaraderie plutôt que par l'intimité sexuelle. Pour ces femmes, les infidélités multiples de leur conjoint semblent avoir créé un sentiment persistant de méfiance quant aux intentions et désirs de leur conjoint (Moore, 2010).

Concept de bien-être sexuel et concepts apparentés négligés par le discours dominant

Les concepts de bien-être sexuel, de satisfaction sexuelle, d'actualisation sexuelle, de potentiel sexuel, d'intimité sexuelle et de sexualité optimale des aînés ont été étudiés dans une approche positive du bien-être, dans certains cas à partir de modèles théoriques et dans d'autres cas à partir d'entrevues qualitatives.

Le bien-être sexuel. Le concept de bien-être sexuel pendant le vieillissement a été peu étudié. Dans les dernières années, trois équipes de recherche se sont attardées à mieux comprendre le bien-être sexuel des aînés dans une perspective différente. Les psychologues Andrea Bradford et Cindy M. Meston sont allés au-delà du discours conventionnel en suggérant que le bien-être sexuel des aînés réfère au plaisir sexuel et à l'expression sexuelle d'une part, et d'autre part à l'adaptation aux modifications du corps,

de l'esprit, des relations et des circonstances de la vie (Bradford & Meston, 2007). Une autre équipe de recherche (Laumann et al., 2006) a associé le bien-être sexuel au bien-être subjectif tel que décrit en psychologie : il comprend des sentiments de bonheur, d'accomplissement, de paix et de satisfaction de vie. D'après eux, le bien-être sexuel subjectif réfère à la qualité perçue de la sexualité de l'individu, de sa vie sexuelle et de ses relations sexuelles. Dans leur étude internationale comprenant un échantillon de 27 500 hommes et femmes âgés entre 40 et 80 ans, le bien-être sexuel a été mesuré par la satisfaction émotionnelle et physique à un partenaire sexuel, la satisfaction à la santé et la fonction sexuelle et l'importance de la sexualité comme partie d'un tout. Cependant, une limite importante de cette étude vient de l'absence de questionnaire validé pour mesurer le bien-être sexuel des aînés.

L'équipe de Rosen (2009; 2010) a décidé de pallier ce problème en développant un nouvel instrument ayant une approche positive du bien-être sexuel : Le Female Sexual Well-Being (FSWB). Celui-ci mesure le bien-être sexuel chez les femmes en santé, soit sans problème médical ou psychosocial. Les sous-échelles finales du FSWB mesurent cinq domaines du bien-être sexuel féminin : 1) le domaine interpersonnel, 2) le domaine cognitif-émotionnel, 3) le domaine de l'excitation physiologique, 4) le domaine de la satisfaction orgasmique et 5) le domaine de la lubrification externe. Une telle approche permet de mettre en lumière les contributions positives de la sexualité à la santé générale, la satisfaction conjugale, l'amélioration de l'intimité et le bien-être général.

Satisfaction sexuelle et modèles théoriques. La satisfaction sexuelle pendant le vieillissement a été considérée comme un indicateur de la santé sexuelle, comme un but pour surmonter des problèmes sexuels, par l'absence de dysfonction sexuelle, comme une

composante du bien-être sexuel, mais aussi explorée par des diverses approches théoriques; Thompson et al. (2011) et Woloski-Wruble et al. (2010) ont basé leurs études sur la théorie du vieillissement réussi, Hinrich (2009) sur le modèle de l'échange interpersonnel de la satisfaction sexuelle, alors que McFarland, Uecker et Regnerus (2011) ont utilisé le cadre théorique de Merton (1968) sur les groupes de références. Une petite étude israélienne (Woloski-Wruble et al., 2010) a apporté une approche conceptuelle innovatrice en reprenant le concept multidimensionnel de santé sexuelle tel que défini par l'OMS avec les trois composantes du modèle de vieillissement réussi de Rowe et Kahn (1997). Selon cette approche, le bien-être sexuel physique est relié à une faible probabilité de maladies ou d'incapacités, le bien-être sexuel psychologique est relié à des capacités cognitives et physiques élevées, alors que le bien-être émotionnel et social est relié à un engagement actif dans la vie (Woloski-Wruble et al.) L'équipe de Thompson a voulu déterminer si les mesures de vieillissement réussi sont associées avec l'activité, la satisfaction et la fonction sexuelles chez 1235 femmes ménopausées âgées entre 60 et 89 ans participant au site de San Diego de la Women's Health Initiative (WHI). Le vieillissement réussi, tel que mesuré par une seule question, s'est avéré positivement associé aux mesures sexuelles, en particulier la qualité de vie et la satisfaction sexuelle. Malgré le déclin de la santé physique, de certaines habiletés cognitives, de l'activité sexuelle et de la fonction sexuelle, le vieillissement réussi autoévalué, la qualité de vie et la satisfaction sexuelle apparaissent stables dans toutes les cohortes de 60 à 89 ans.

Dans une thèse de doctorat, Hinrich (2009) a étudié la satisfaction sexuelle des aînés à partir du modèle de l'échange interpersonnel de la satisfaction sexuelle. Ce modèle dépeint la satisfaction sexuelle par la façon dont les récompenses et coûts sexuels d'une personne sont comparés aux récompenses et coûts attendus, par l'égalité perçue des

récompenses et coûts entre les partenaires, ainsi que la qualité des aspects non sexuels de la relation. Il apparaît que la satisfaction sexuelle varie selon l'aspect de la satisfaction sexuelle examinée. Une grande satisfaction dans un des aspects de la satisfaction sexuelle pourrait ainsi servir de base à l'amélioration des autres aspects de ce construit complexe (Hinrich, 2009).

Une équipe a étudié le rôle de la religion dans la fréquence et la satisfaction sexuelles des aînés (McFarland et al., 2011). Ils ont utilisé le cadre théorique du sociologue Robert Merton (1968), qui stipule que les groupes de référence fournissent aux gens un lieu d'échange qui les amène à évaluer leurs propres situations de vie et leurs comportements et former ainsi de nouvelles attitudes. Ils ont défini la satisfaction sexuelle par le degré de satisfaction d'un individu envers ses relations sexuelles, et cette satisfaction incluait à la fois le plaisir physique et la satisfaction émotionnelle provenant de la sexualité (McFarland et al., 2011). Ces études ont montré la satisfaction sexuelle sous différentes facettes, comme faisant partie intégrante du vieillissement réussi et de la santé sexuelle, comme un échange entre les coûts et récompenses sexuelles ou enfin comme un degré de satisfaction physique et émotionnel évalué selon le groupe de référence de la personne âgée.

Actualisation sexuelle, potentiel sexuel, intimité sexuelle et sexualité optimale. Ces concepts vont aussi au-delà de la sexualité fonctionnelle ou de la simple satisfaction chez les personnes âgées. Les concepts d'actualisation et de potentiel sexuels se concentrent sur le développement du potentiel ou de la capacité sexuelle à un âge avancé. Une équipe québécoise a mené une étude qui combine une perspective humaniste avec celle du vieillissement réussi. Leur analyse a généré une définition d'actualisation sexuelle comme

« un processus de développement qui intègre les capacités sexuelles d'une personne en harmonie avec son concept de soi et avec son expérience de soi et de son environnement » (Gagnon et al., 2002, p. 623). L'équipe interdisciplinaire a élaboré un questionnaire destiné à évaluer l'actualisation sexuelle chez les personnes âgées. En tout, cinq facteurs d'actualisation sexuelle ont été mis en évidence mais non définis: le dynamisme sexuel, l'ouverture sexuelle, l'intégrité sexuelle, l'identité sexuelle et les affects sexuels (Gagnon et al., 2002.).

Linda J. Brock et Glen Jennings, des chercheurs américains en sciences familiales, ont évoqué l'importance de l'intimité et du potentiel sexuel dans le vieillissement. Ils ont fait valoir que l'expression sexuelle intime intense crée un « puissant sentiment de soi et de séparation combiné à une prise de conscience profonde du désir de connectivité avec le partenaire bien-aimé - un paradoxe » (Brock & Jennings, 2007, p. 249). Ils ont supposé que l'atteinte du potentiel sexuel prend du temps et arrive rarement avant l'âge mûr ou même plus tard. Le modèle inclut les aspects physiques et psychologiques de la sexualité et la signification de chacun de ces aspects (Brock & Jennings).

Aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada, la gérontologie a récemment connu une croissance de la recherche qualitative en sexualité basée sur une épistémologie socioconstructiviste. Cette approche considère la sexualité comme une construction permanente, individuelle et sociale qui correspond à l'expérience sexuelle subjective (Gott, 2006; Hurd Clarke, 2006; Tiefer, 2000). Non seulement l'intimité émotionnelle se retrouve-t-elle au cœur de la conception de la sexualité, mais elle est perçue maintenant par les femmes âgées comme l'ingrédient idéal de leur propre satisfaction sexuelle (Ley, Morley, & Bramwell, 2002). Définir la sexualité des aînés par son aspect le plus important, l'intimité, reviendrait donc fort probablement à définir le bien-être sexuel. Dans le cas de

l'intimité, de la passion, ainsi que de la compatibilité sexuelle, la signification de la sexualité et du bien-être prend forme lorsque la personne âgée « est avec ». Même si le bien-être sexuel n'a pas été abordé dans cette l'étude de Gott et Hinchliff (2003), il a été défini par les concepts de liberté, d'*empowerment* et de plaisir sexuel.

Dirigée par la psychologue clinicienne Peggy J. Kleinplatz, une autre équipe canadienne a voulu aller au-delà de la fonction sexuelle et de la satisfaction. En utilisant un échantillon de 25 personnes de plus de 60 ans, l'équipe de Kleinplatz a mené 64 entretiens qualitatifs dans le but d'explorer les composantes de la sexualité dite « optimale ». Les résultats de l'analyse phénoménologique a révélé que les principales composantes de la sexualité optimale sont les suivantes : être présent, focalisé, dans son corps; être connecté, aligné, synchrone, fusionné à l'autre; une profonde intimité sexuelle et érotique; une communication et empathie extraordinaire; des prises de risque et une exploration interpersonnelle; de l'authenticité, de la transparence; de la vulnérabilité et de la soumission; et de la transcendance, de la paix, de la guérison et de transformation (Kleinplatz et al., 2009).

Ces études montrent l'importance d'approcher la sexualité des aînés par induction, c'est-à-dire par des études qualitatives, afin d'identifier le sens de la sexualité et du bien-être sexuel à partir du point de vue des personnes interviewées. Elles ont permis de définir la sexualité comme un processus en développement qui se développe avec le potentiel de l'individu à l'aide de conditions comme l'intimité, l'ouverture, la connexion, la communication et l'intégrité sexuelles, et qui mène à des sentiments de liberté, d'*empowerment* et de plaisir sexuel.

1.3.4 La satisfaction sexuelle des aînés : niveaux de satisfaction, corrélats et

prédicteurs

Les trois premières parties de ce chapitre ont présenté l'évolution historique des concepts de sexualité et de bien-être sexuel au cours du vieillissement dans les discours scientifiques, des grandes études classiques de la sexualité, aux études des années 1980 et 1990 pour finir avec les études des années 2000 jusqu'à aujourd'hui, en 2014. Cette dernière partie de la recension des écrits décrit les niveaux de satisfaction sexuelle rapportés par les aînés, puis les corrélats et prédicteurs de la satisfaction sexuelle des aînés.

Les niveaux de satisfaction sexuelle des aînés

Satisfaction sexuelle et âge. Les écrits sont contradictoires en ce qui concerne la relation entre la satisfaction sexuelle et l'âge. Chez la femme, certaines études ont montré une relation positive (Hinrich, 2009; McCall-Hosenfeld, Jaramillo, Legault et al., 2008), alors que d'autres ont montré une relation négative (Addis, Van Den Eeden, Wassel-Fyr et al., 2006; Beutel, Glaesmer, Decker et al., 2009; Kingsberg, 2002; Thompson et al., 2011; Woloski-Wruble, Oliel, Leefsma et al., 2010). Enfin, une étude n'a pas montré de lien significatif entre la satisfaction sexuelle et l'âge de la femme (Thompson et al., 2011). Une seule étude, à notre connaissance, a exploré la satisfaction sexuelle des hommes seulement; la *European Male Ageing Study* (Corona et al., 2010), portant sur 3369 hommes âgés entre 40 et 79 ans, provenant de sept pays d'Europe. La moitié des participants a rapporté être satisfait avec l'aspect sexuel de leur relation. La proportion de la satisfaction sexuelle s'est avérée plus élevée chez les hommes de 40 à 50 ans que chez les 70 ans et plus, passant de 60 % à 43 %.

D'autres études ont montré que malgré la baisse graduelle de la fréquence du coït, les personnes âgées se considèrent généralement au moins aussi satisfaites de leur

fonctionnement sexuel que précédemment dans leur vie (Bortz & Wallace, 1999; Ginsberg, Pomerantz, & Kramer-Feeley, 2005; Laumann et al., 2006; Schiavi, 1999; Starr & Weiner, 1982), et ce surtout dans les pays où l'égalité sexuelle est davantage reconnue (Laumann et al., 2006). Des recherches longitudinales ont d'ailleurs montré que le niveau de satisfaction sexuelle à l'âge avancé est fortement prédit par le niveau de satisfaction sexuelle à un plus jeune âge (Matthias, Lubben, Atchison, & Schweitzer, 1997; Walsh & Berman, 2004).

Niveaux de satisfaction sexuelle selon le genre. Le niveau de satisfaction sexuelle a été peu comparé d'un genre à l'autre. Une étude conduite dans cinq pays (Brésil, Allemagne, Japon, Espagne, États-Unis) a récemment exploré la satisfaction et le bonheur conjugal auprès de 1009 couples âgés entre 40 et 70 ans (Heiman et al., 2011). Les niveaux de satisfaction moyens se sont avérés très élevés pour les femmes autant que pour les hommes. Les femmes ont rapporté une satisfaction sexuelle significativement supérieure à celle des hommes (Heiman et al., 2011). Dans un échantillon représentatif de 499 couples québécois âgés de 65 ans et plus (Trudel, Villeneuve, Prévile, Boyer, & Fréchette, 2010), les participants ont déclaré avoir un faible niveau de désir, un faible fonctionnement sexuel et un niveau modéré de satisfaction sexuelle. En ce qui concerne les différences de genre, les femmes ont montré moins de satisfaction conjugale et moins de désir sexuel que les hommes (Trudel et al., 2010).

Satisfaction conjugale, durée de la relation et nombre total de partenaires

La satisfaction conjugale contribue significativement à trois des quatre aspects de la satisfaction sexuelle examinés dans l'étude d'Hinrich (2009) : la façon dont les

récompenses et coûts sexuels d'une personne sont comparés aux récompenses et coûts attendus, l'égalité perçue des récompenses et coûts entre les partenaires, ainsi que la qualité des aspects non sexuels de la relation. La satisfaction sexuelle et la satisfaction conjugale ont présenté une variance commune de 16 % dans un échantillon de 1009 couples provenant de cinq pays différents (Heiman et al., 2011). Delamater, Hyde et Fong (2008) ont par ailleurs noté que la satisfaction sexuelle est intimement reliée au bonheur conjugal. Dans la même veine, des auteurs ont montré que la satisfaction sexuelle est positivement associée à la qualité du mariage et à la durée du mariage chez les couples âgés (Edwards & Booth, 1994; Yeh et al., 2006). Une autre étude (Heiman, 2011) a montré que les femmes en relation de couple depuis moins de 10 ans ont rapporté moins de satisfaction sexuelle que les hommes. À l'opposé, les femmes en relation de couple depuis plus de 25 ans ont rapporté plus de satisfaction sexuelle que les hommes. Les résultats de cette étude montrent d'ailleurs que le nombre total de partenaires sexuels qu'un aîné a eu dans sa vie est un facteur associé à une meilleure satisfaction sexuelle, mais seulement chez les hommes (Heiman, 2011).

Bien-être subjectif, bonheur, vieillissement réussi, satisfaction de vie et détresse psychologique

L'activité, la fonction et la satisfaction sexuelles ont été présentées comme faisant intégralement partie du bien-être général des femmes ménopausées (Holzapfel, 1994; Lindau & Gavrilova, 2010). Par contre, le bien-être subjectif n'a pas significativement été relié aux composantes de la satisfaction sexuelle chez un échantillon de 683 hommes et femmes âgées de 65 à 83 ans (Hinrich, 2009). L'équipe de Laumann a trouvé, chez 27 500 personnes âgées de 40 ans et plus, une forte corrélation entre le bonheur et le bien-

être sexuel subjectif défini par la satisfaction émotionnelle et physique avec un partenaire sexuel, la satisfaction avec la santé et la fonction sexuelle, et l'importance de la sexualité comme faisant partie de la vie (Laumann et al., 2006).

De fortes corrélations ont été trouvées entre la satisfaction sexuelle et la satisfaction de vie des aînés, une échelle souvent utilisée pour mesurer le vieillissement réussi (Hollis, 1998; Penteado, Fonseca, Bagnoli, Assis, & Pinotti, 2003; Woloski-Wruble et al., 2010). De même, une étude conduite auprès de 1235 femmes âgées de 60 à 89 ans (Thompson et al., 2011) a montré que les mesures du vieillissement réussi sont reliées positivement avec la qualité de vie perçue et les mesures sexuelles, en particulier avec la satisfaction sexuelle, mais aussi avec la fonction et l'activité sexuelle. D'ailleurs, la qualité de vie et le vieillissement réussi perçus sont fortement associés au désir et à l'excitation sexuels des femmes en couple de tous âges, et ce même dans le groupe des 80 à 89 ans (Thompson et al., 2011). Même si le construit est différent, une étude a montré qu'en contrôlant les variables de la satisfaction conjugale et du genre, la satisfaction sexuelle était reliée à une plus faible détresse psychologique (Trudel et al., 2010).

Fonctionnement sexuel et fréquence des activités sexuelles

Dans l'étude d'Heiman et al. (2011), la corrélation entre le fonctionnement sexuel et la satisfaction sexuelle s'est avérée beaucoup plus importante chez les femmes que chez les hommes âgés. Cette différence de genre requiert toutefois un examen plus minutieux car l'équipe de Heiman avaient réduit tous les domaines de la fonction sexuelle en une seule échelle de fonctionnement sexuel (Heiman et al., 2011). Chez 996 hommes et femmes de tous âges, plusieurs items reliés au fonctionnement sexuel se sont avérés reliés à l'évaluation globale de la satisfaction sexuelle (Trudel, 2002). Une autre étude de ce

groupe de chercheurs a montré que l'optimisation du fonctionnement sexuel par de simples exercices peut augmenter la satisfaction sexuelle et le désir des couples âgés (Trudel et al., 2008).

La fréquence des activités sexuelles est reliée à la satisfaction sexuelle des couples âgés, mais pas au bonheur conjugal, suggérant une certaine indépendance entre l'activité sexuelle et la satisfaction conjugale (Heiman et al., 2011). Une étude a pour sa part trouvé une association bidirectionnelle entre la fréquence sexuelle et le bonheur marital (Delamater & Moorman, 2007). Des résultats différents ont été trouvés dans une étude israélienne, où la satisfaction sexuelle n'a pas été reliée à la fréquence mais plutôt à la variété des activités sexuelles (Woloski-Wruble et al., 2010). Les auteurs de cette même étude soulignent par ailleurs une possible connection entre le fait d'expérimenter des activités variées et la capacité physique des personnes âgées. Des caresses et baisers fréquemment donnés et reçus se sont avérés importants pour la satisfaction sexuelle des hommes et femmes en couple (Heiman et al., 2011).

Attitudes sexuelles, religion et éducation sexuelle

Même si les attitudes par rapport à la sexualité diffèrent d'un genre à l'autre selon les cultures, il demeure qu'elles prédisent non seulement la satisfaction et le maintien du désir sexuels, mais aussi le bien-être général, et ce, dans divers pays (Laumann et al., 2006). L'équipe de Trudel a trouvé que les attitudes et fantasmes sexuels sont significativement corrélés à la satisfaction sexuelle. Plus précisément, cette étude a indiqué qu'une attitude positive à l'égard des items "sexe oral," "... essayer différentes positions" et "tous les comportements sexuels ... devraient être considérés normaux" contribuent fortement à cette relation. Quant aux fantasmes sexuels chez les 60 ans et plus, ils sont associés

significativement à la satisfaction sexuelle, mais seulement chez les hommes âgés. Une autre étude de Trudel (Trudel et al., 2008) a démontré que par une restructuration cognitive, des fantasmes sexuels et une focalisation sur les sens, il est possible de stimuler et d'améliorer le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle et le désir sexuel des couples à la retraite (Trudel et al., 2008).

Religion catholique. De façon générale, il semble que les attitudes sexuelles des femmes âgées soient encore fortement influencées par les standards sexuels du temps de leur mariage. Il apparaît fréquemment chez la personne âgée que les idées religieuses et les manières de vivre apprises pendant l'enfance se maintiennent à travers les années et déterminent en grande partie les comportements sexuels. Certaines cultures présentent une image négative culpabilisante de l'activité sexuelle, alors que d'autres permettent une liberté extrême. Aux États-Unis, McFarland et al. (2011) ont découvert que les couples mariés jouissent d'une vie sexuelle plus libre. Plus précisément, les personnes âgées mariées et pratiquantes avaient tendance à avoir des rapports sexuels plus agréables que leurs homologues non-religieux. Par contre, les aînés non mariés religieux tendaient à avoir des activités sexuelles moins fréquentes que leurs homologues non religieux (McFarland et al., 2011). Les enseignements religieux peuvent ainsi entraver l'expression et la satisfaction sexuelles des couples âgés en suscitant des sentiments de culpabilité. Heureusement, la vision plus sombre de la sexualité promue par l'Église catholique semble graduellement perdre de son influence en même temps que les mœurs sexuelles se libéralisent (Ginsberg, 2006). C'est ainsi que plus un couple âgé s'intéresse à la communion ou à l'harmonie et moins il se montre religieux, plus il est permissif et meilleur est son bien-être global (Le Gall, Mullet, & Shafighi, 2002). Par ailleurs, il

s'avère important de comprendre qu'au début du siècle la sexualité était surtout comprise à partir d'un cadre de référence masculin. L'homme âgé d'aujourd'hui est souvent perçu à la fois comme seul instigateur des activités sexuelles et déterminant de la perception du charme et de la désirabilité de la femme (Gott, 2003). Considérant le grand déséquilibre entre le nombre d'hommes et de femmes âgés, il n'est pas surprenant que la passivité des femmes pose problème en limitant les opportunités d'entrer en contact intime avec les hommes. Ce cadre masculin de la sexualité associé au double standard d'évaluation de la beauté des hommes et des femmes dans le monde occidental constituerait une menace à l'identité sexuelle des personnes âgées. Ce double standard impliquerait que les hommes acquièrent généralement de la distinction et du charme avec l'âge, alors que les femmes perdent leur beauté à mesure qu'elles vieillissent (Crooks & Baur, 1999). Les hommes et les femmes vieillissent donc différemment dans leur sexualité : le fait de se sentir désirable et attirante étant à la femme ce que la performance sexuelle est à l'homme. Il arrive trop souvent que pour entretenir une bonne relation avec son corps et préserver son identité sexuelle, la femme doive s'astreindre à paraître belle, jeune et mince le plus longtemps possible et que l'homme âgé, quant à lui, se voie obligé de recourir à des médicaments pour conserver sa capacité de performer sexuellement et sauvegarder ainsi son estime de soi et son identité sexuelle (Furman, 1997; Gott, 2003; Öberg & Tornstam, 2003).

Information et éducation sexuelles. Une façon de tenir compte des multiples aspects de la personne âgée est de lui offrir de l'information et de l'éducation sexuelles (Laumann et al., 2006). L'éducation (explique (ou médiatise) la majeure partie de la relation entre les attitudes (positives ou négatives), le désir et la satisfaction sexuelle (DeLamater & Sill, 2005). Selon ces auteurs, les attitudes prédominantes reflètent la culture ambiante, et dans

le cas de l'Amérique du Nord, la culture populaire égale le « sex appeal » avec les caractéristiques d'un corps jeune, ferme et dont la peau est douce. À la longue, les personnes âgées peuvent apprendre par ces images à réprimer ou ignorer leurs désirs sexuels en pensant qu'ils sont mauvais ou inadaptés (DeLamater & Sill, 2005). On peut donc s'attendre, d'après DeLamater et Sill, à ce qu'une meilleure éducation et une plus grande disponibilité de l'information sur la sexualité pendant le vieillissement contribuent à altérer les effets néfastes des stéréotypes âgistes. En dépit de la rareté des études, chaque fois que l'éducation sexuelle a été incluse dans les programmes thérapeutiques pour les personnes âgées, elle a suscité des attitudes sexuelles plus permissives, une augmentation de l'activité sexuelle et une amélioration de la satisfaction sexuelle (Schiavi, 1999). Enfin, les connaissances et l'éducation sexuelles sont les déterminants majeurs de la gratification sexuelle grâce à de plus vastes connaissances, une meilleure confiance, une plus grande sensibilité en plus d'un désir plus élevé pour l'acte sexuel et la masturbation (Bortz & Wallace, 1999).

Sens de la sexualité : importance et rôle

Même en offrant de l'information et de l'éducation sexuelles aux aînés, il reste que c'est eux-mêmes qui intériorisent le sens qu'ils donnent à leur sexualité et leur satisfaction et bien-être sexuels. Des auteurs ont formulé l'hypothèse selon laquelle la stabilité temporelle de la satisfaction sexuelle chez plusieurs personnes âgées révèle un déclin de l'importance de la sexualité lors du vieillissement (McKilay & Feldman, 1994), ou du moins de son aspect quantitatif. De la même manière, cette stabilité de la satisfaction pourrait ainsi s'expliquer par un changement dans l'évaluation des aspects jugés essentiels de la sexualité au cours de la vie. Les activités telles que les caresses, baisers et étreintes

peuvent devenir plus importantes que la performance sexuelle (Hite, 2002; Hurd Clarke, 2006; Trudel, Turgeon, & Piché, 2010). Il n'y aurait sans doute pas d'âge auquel les activités, pensées, ou désirs sexuels doivent prendre fin, la sexualité ne serait ni pire ni meilleure à mesure qu'on vieillit; cependant, elle varierait dans son expression. Ce qui revient à dire qu'après 60 ans, les individus seraient davantage intéressés par le toucher ainsi que par la dynamique complexe de la relation homme-femme (Ludeman, 1979). Ce changement dans l'expression de la sexualité avec l'âge a été nommé « le second langage du sexe » par Butler et Levis en 1983. Ce « second langage » devient ainsi une stratégie alternative lorsque la chimie sexuelle du couple s'efface ou que les problèmes de santé apparaissent. Il survient par le fait même des changements dans le sens de la sexualité et de l'intimité, les personnes âgées redéfinissant leurs besoins et désirs sexuels de façon à ce qu'ils concordent avec les ressources disponibles (Trudel et al., 2010). L'activité sexuelle devient moins fréquente et passionnée avec le passage du temps, mais pas moins plaisante ni significative pour les couples plus âgés dans un contexte où les petits-enfants représentent une grande source de joie (Schiavi, Mandeli, & Schreiner-Engel, 1994).

Communication et ouverture

Dans ce contexte de vieillissement, la satisfaction sexuelle est prédite avant tout par la congruence des attentes mutuelles, par la capacité du couple à moduler leurs demandes sexuelles en fonction du désir sexuel et de la capacité sexuelle de chacun, ainsi que par l'habileté à communiquer et à faire des compromis (Schiavi et al., 1994). La capacité de se connaître et de se laisser connaître pleinement par son partenaire constitue l'essence de l'intimité sexuelle (Henri & McNab, 2003), ingrédient idéal de la satisfaction sexuelle de la femme âgée (Ley et al., 2002). Des auteurs affirment qu'une bonne communication

ainsi qu'une attitude ouverte (donner de l'amour, mettre de côté ses problèmes personnels, énoncer ses désirs, être accepté et croire en l'autre) sont fortement reliées à la satisfaction conjugale (Beutel, Schumacher, Weidner, & Brahler, 2002). Une recension des écrits a même avancé l'idée que pour devenir conscient de ce que son partenaire aime et n'aime pas il faut communiquer ouvertement et de façon transparente, et que ces facteurs départagent souvent les gens heureux de ceux qui ne le sont pas (DeLamater & Friedrich, 2002). Enfin, une exploration phénoménologique du sens de la sexualité optimale a fait ressortir l'aspect primordial de la dynamique interpersonnelle et de la communication, où être présent, connecté, intime, vulnérable et authentique et savoir communiquer contribuent fortement à une sexualité optimale (Kleinplatz et al., 2009). Finalement, des études ont montré une association positive entre la satisfaction sexuelle et la communication sexuelle chez les femmes âgées (Trudel, 2002; Woloski-Wruble et al., 2010). D'après ces derniers auteurs, une communication positive peut indiquer une bonne relation et une volonté de clarifier les attentes mutuelles (Woloski-Wruble et al.)

1.3.5 Constats émergents de la recension des écrits

Le manque de consensus dans la conceptualisation de la sexualité et du bien-être sexuel des aînés tend à multiplier les interprétations et les ambiguïtés. C'est ainsi que plusieurs facteurs de la sexualité et du bien-être sexuel ont été étudiés, mais peuvent aussi bien favoriser la fréquence des activités sexuelles, la santé sexuelle, le bien-être sexuel, que la qualité de la relation de couple, le bien-être général, voire la santé générale et le bonheur. Reste que la sexualité est à fois universelle et unique à chacun, et que les facteurs, qu'ils soient d'ordres physiologiques, conjugaux, médicaux, éducatifs ou communicationnels, peuvent être teintés d'une signification particulière et unique à

chacun. En somme, il ressort un manque d'études sur la sexualité et le bien-être sexuel des aînés dans une perspective qualitative et humaniste, c'est-à-dire qui tiennent compte du point de vue des aînés eux-mêmes et de leur développement personnel. Le cadre théorique qui suit expose un processus à l'œuvre dans l'atteinte du bien-être sexuel pendant le vieillissement, soit le processus d'actualisation sexuelle en lien avec les sources de sens.

1.4 Cadre théorique

Il s'avère essentiel de préciser tout d'abord que ce cadre théorique s'inspire fortement de deux publications portant sur l'actualisation, soit le chapitre de Gilbert Leclerc sur le paradoxe du vieillissement réussi (2007) et l'article sur l'élaboration d'un instrument de mesure de l'actualisation, rédigé aussi par Leclerc, Lefrançois, Dubé et Hébert (2003). À l'exception des quelques paragraphes sur la tendance actualisante, le texte qui suit représente donc avant tout la conception de l'actualisation de ces quatre chercheurs, mais transposée et adaptée à la sphère sexuelle de l'actualisation des personnes âgées.

Deux processus en apparence fondamentalement incompatibles sont à l'œuvre dans le processus du vieillissement. Le premier, entropique, mène au déclin et aux pertes, le second, néguentropique, mène quant à lui au développement et à la croissance. Ces deux processus forment pourtant à eux deux un thème unique, désormais dominant de la recherche en gérontologie sociale, celui du vieillissement réussi :

Réussir son vieillissement exprime cette volonté de prendre en main ce processus de lente désagrégation, d'en contrôler le plus possible le rythme, les tenants et aboutissants, et d'en orienter le mouvement de manière à ce qu'il se déroule avec le plus d'harmonie, de sens et de satisfaction possible (Leclerc, 2007, p. 65).

Le vieillissement réussi est un construit provenant d'un courant de pensée axé sur la promotion de la santé et les possibilités de croissance personnelle et d'engagement social

des aînés. Ce courant fut qualifié de plusieurs expressions dans les 50 dernières années, commençant par le vieillissement en santé, optimal, positif, dynamique, jusqu'au bien-vieillir (Leclerc, 2007).

1.4.1 Théorie de l'actualisation du potentiel (sexuel) (Leclerc, 2007)

Le cadre théorique qui servira de guide à la présente étude et qui est schématisé dans la figure 1 ne constitue pas un cadre théorique au sens habituel du terme. La présente étude n'a pas pour but de vérifier empiriquement ce modèle, mais plutôt de s'en servir comme guide pour orienter la méthodologie et l'analyse. Il s'agit d'une adaptation sur le plan sexuel d'un nouveau modèle théorique du vieillissement réussi, soit « l'Actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens à la vie ». Ce modèle élaboré par Leclerc (2007) se base essentiellement sur l'Étude longitudinale québécoise sur le vieillissement (ELQUEV) ainsi que sur les recherches de Leclerc sur le sens à la vie. Ces études présentent l'actualisation du potentiel comme l'une des variables les plus déterminantes du vieillissement réussi et le sens à la vie comme le facteur le plus décisif de l'actualisation. Chacun des éléments de la figure 1 sera explicité en détails dans ce chapitre, mais en voici une brève description.

Le processus d'actualisation sexuelle est possible grâce à la tendance actualisante (la flèche du milieu), inhérente à toute croissance, ainsi qu'au potentiel sexuel de base, s'exprimant à partir de conditions favorables. Que ce soit en situation de pertes sexuelles ou non, le processus d'actualisation commence quand la personne est vraiment ouverte à son expérience sexuelle présente, sans la réprimer ou la déformer. C'est ainsi qu'a lieu le premier niveau de congruence, entre l'expérience et l'image de soi (voir bulles du haut). C'est alors que la personne peut traduire correctement l'information de cette expérience

dans sa conscience et y attribuer un sens (signification, importance et direction) en choisissant des buts, attitudes et comportements adaptés à son image d'elle-même et à sa situation présente. C'est par le second niveau de congruence, entre l'image de soi et le comportement, soit par la pratique des comportements qui ont un sens pour la personne, que cette dernière peut actualiser son potentiel sexuel résiduel et trouver ainsi des sentiments d'identité sexuelle, d'estime de soi et de bien-être, ainsi qu'un sens à sa vie et du bonheur.

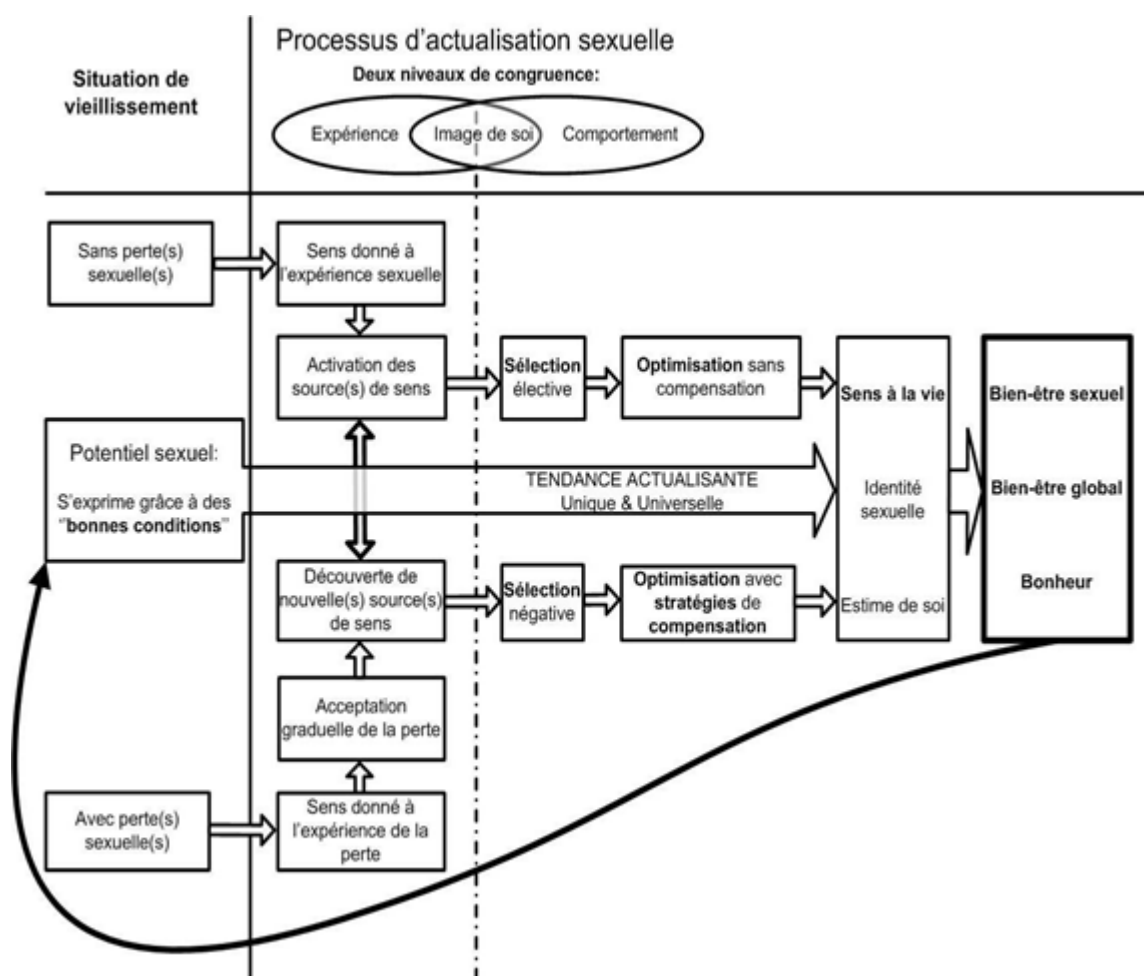


Figure 1 L'actualisation sexuelle en lien avec le sens à la vie.

La tendance actualisante

Au cœur même du processus de l'actualisation se situe la tendance néguentropique, ou actualisante comme elle fut appelée par Maslow et Rogers, les pionniers du courant de la psychologie humaniste. Ces derniers, à partir des travaux de Golstein (1951) et d'Engyal (1965), stipulaient qu'il était inscrit, dans le code génétique humain, une orientation fondamentale qui dirige l'organisme vers sa différenciation, qui maintient son organisation tout en lui allouant une certaine autonomie envers son environnement (St-Arnaud, 1982). Maslow ajoutait à cette tendance l'idée d'un noyau essentiel de la personne, ou soi authentique, instinctif, donné, biologique, naturel. Il incluait dans ce noyau les besoins fondamentaux instinctifs, les talents, capacités, ressources physiologiques et psychologiques de la personne. Ce noyau intérieur, situé à la base de la flèche dépeignant la tendance actualisante de la figure 1, regorge de potentialités qui n'attendent qu'à s'exprimer et s'épanouir sous formes d'inclinations ou de tendances naturelles grâce à des conditions favorables. Malheureusement, ce noyau intérieur se laisse facilement dominer, réprimer ou supprimer, entraînant une manifestation de maladies sous toutes les formes (Maslow, 1972). Cette tendance est essentiellement la force de vie, celle qui pousse chaque chose à rechercher son équilibre et son bien-être pour persévérer dans son être et se dépasser.

L'actualisation personnelle et l'actualisation sexuelle

Après un demi-siècle de développements théoriques et opérationnels, l'actualisation personnelle demeure l'un des construits les plus remarquables de la psychologie humaniste, recélant diverses implications pour la psychologie, la sociologie et l'éducation, ainsi que pour la recherche et la clinique (Leclerc, 2007). D'après le Groupe de Recherche

sur l'Actualisation du Potentiel de la Personne Âgée, ou GRAPPA, l'actualisation se définit comme « ...un processus de développement du potentiel de la personne en congruence avec son image de soi et avec son expérience d'elle-même et de son environnement » (Leclerc et al., 2003, p. 27). Cette définition, dans le cas particulier de la sexualité des personnes âgées, pourrait être adaptée ainsi : « un processus de développement du potentiel [sexuel] de la personne en congruence avec son image de soi, avec son expérience d'elle-même et de son environnement ayant pour but le plein épanouissement de son être » (Leclerc et al., 2003).

Un processus de développement...: l'actualisation sexuelle est un processus de développement (par opposition à un état), c'est-à-dire une succession dynamique de phénomènes organisés dans le temps qui a comme résultat le plein épanouissement de la personne.

...du potentiel sexuel : ce processus relève de cette force de vie, cette tendance fondamentale présente en tout être humain, qui tend à exprimer le potentiel de la personne dans toutes ses dimensions et qui la pousse à combler son besoin d'entrer en relation intime avec une autre personne sur le plan émotionnel et physique. Le potentiel sexuel diffère d'une personne à l'autre et dépend de certaines conditions pour s'actualiser. Maslow (1976) soulignait que les conditions favorables à l'actualisation sont celles permettant de faire des choix qui soient libres et bons pour l'organisme (*free-choice*), sans contrainte extérieure limitant le choix d'une chose ou d'une action plutôt qu'une autre. Cette définition implique que les bonnes conditions permettent à la nature intrinsèque et instinctive de l'organisme d'exprimer ses préférences pour conserver son unité en répondant à ses besoins de sécurité, d'appartenance, d'amour et de respect. On a vu précédemment que plusieurs conditions se montrent favorables au bien-être sexuel des

personnes âgées, donc favorables au développement de leur potentiel sexuel. C'est ainsi qu'on retrouve un consensus dans la documentation récente et moins récente sur ces « bonnes conditions » : être marié (Blümel et al., 2004; Kinsey et al., 1948) et avoir un réseau social, avoir un ou une partenaire sexuellement capable (Verwoerdt et al., 1969) et compréhensif (Masters & Johnson, 1966; Masters et al., 1988), les médicaments oraux avec action érectogène (Agronin, 2004) la maturité grâce à l'expérience, être en forme (Bortz & Wallace, 1999; Laumann et al., 2006; Verwoerdt et al., 1969) avoir une bonne santé (Kaiser, 2003; Verwoerdt et al., 1969), et avoir été actif sexuellement tout au long de sa vie, avoir un nid vide, se trouver dans une société ouverte au bien-être sexuel des personnes âgées, avoir accès à un système médical porté vers l'épanouissement sexuel (Schiavi, 1999), avoir une information et de l'éducation disponibles (DeLamater & Sill, 2005; Schiavi, 1999) et une bonne communication basée sur la capacité à se connaître et se laisser connaître ouvertement et avec transparence (Henri & McNab, 2003).

...en congruence avec son image de soi et avec son expérience d'elle-même [la personne] et de son environnement : pour que ce processus actualisant soit fluide et harmonieux, et synonyme d'un bon fonctionnement psychologique, il requiert une intégration à l'ensemble de la personne âgée par le biais de deux types continus de congruence.

Le premier type de congruence, l'ouverture à l'expérience (congruence entre l'image de soi et l'expérience), suppose une représentation consciente et correctement symbolisée de son expérience sexuelle, celle de son partenaire ainsi que de son environnement. Cette représentation réaliste devient possible par le biais d'une écoute attentive de ses pulsions, désirs et besoins sexuels, ainsi que d'une réceptivité, une ouverture à son environnement. Pour mettre à profit son potentiel sexuel, cette ouverture à l'expérience implique l'aptitude

à faire confiance à l'autre, à créer des relations positives et à s'engager dans des actions ou projets susceptibles d'améliorer son sort ou celui des autres. Dans la conception du GRAPPA, l'ouverture à l'expérience amène la création de sens. Dans l'expérience qu'elle fait de sa sexualité, la personne âgée saisit un sens, ce qui signifie que : 1) elle donne une signification à l'expérience qu'elle vit, ce qui inclut l'expérience de perte, le cas échéant, 2) elle lui accorde une valeur et 3) elle cherche à orienter ses décisions et ses comportements de manière à réaliser ce sens. S'il s'agit d'un vieillissement sans perte majeure, la personne active simplement la ou les sources de sens de la sexualité. Par contre, dans une situation de vieillissement avec perte(s) menaçant l'identité sexuelle et l'estime de soi, la personne âgée devra accepter complètement cette perte afin de découvrir de nouvelles sources de sens et de pouvoir y consacrer de l'énergie. Le processus d'actualisation sexuelle se met en branle à partir du moment où la personne trouve du sens dans son expérience de la sexualité et dans le fait de l'exercer. Le sens est donc à la fois le moteur de l'actualisation et son aboutissement, car l'exercice de la sexualité conduit à la découverte d'un nouveau sens à la vie ou tout au moins au renforcement d'un sens déjà présent.

Le deuxième type de congruence, la référence à soi (congruence entre l'image de soi et le comportement), suppose que la personne âgée agisse en conformité avec le sens qu'elle a donné à son expérience et avec l'image qu'elle se forge d'elle-même, la conscience qu'elle a de ses valeurs, pensées et convictions, et qu'elle soit capable de résister aux attentes et pressions sociales tendant à réprimer la libre expression de sa sexualité. Nous ne sommes pas ici dans le paradigme d'un développement se basant sur des critères objectifs, extérieurs à la personne, mais plutôt dans le paradigme d'un développement du potentiel sexuel optimal se référant par sa nature actualisante à des

critères personnels pour le diriger. C'est dans ce second niveau de congruence que s'intègre le processus sélection-optimisation-compensation de la théorie de Baltes et Baltes (1990). Dans le cas d'une situation de vieillissement sans perte sexuelle, la personne sélectionnera les domaines de développement qui lui sont prioritaires et qui ont une signification pour elle, puis optimisera ce développement en actualisant de manière optimale ses capacités sexuelles mais aussi physiques, psychologiques et sociales. Dans la situation avec perte(s) tendant à réprimer la tendance actualisante sur le plan sexuel, le développement sera réussi dans la mesure où la personne, après avoir accepté sa ou ses pertes découvre de nouvelles sources de sens à sa sexualité, sélectionne les domaines de développement les plus favorables à son bien-être sexuel, puis compensera la ou les pertes en optimisant ces domaines. Que ce soit en situation de pertes sexuelles ou non, il en résulte à terme un sens à la vie qui contribue à consolider l'estime de soi et l'identité sexuelle, et qui procure des sentiments de bien-être et de bonheur.

D'après Leclerc (2007), les deux processus (entropique et néguentropique) sont en réalité beaucoup moins contradictoires qu'il n'y paraît au premier abord. Plutôt que de les concevoir comme des adversaires au développement, les pertes sont vues comme recélant un pouvoir immense, celui de créer le vide et les détachements nécessaires pour que la personne atteigne un niveau de sens à la vie qui soit plus altruiste, plus profond et en somme, plus essentiel. Il n'y aurait donc pas deux processus ici à l'œuvre, mais un seul mouvement de croissance en deux temps superposés, où le processus de renoncement aux valeurs superficielles laisse graduellement la place à un espace plus profond d'amour, de paix et de sérénité.

Si l'on comprend la nouvelle conception de la sexualité des aînés dans cette perspective du vieillissement réussi, on voit beaucoup mieux comment des couples âgés

peuvent parvenir à s'épanouir sexuellement malgré les pertes grandissantes influençant la sexualité. Nous savons maintenant que les pertes majeures concernant la sexualité pendant le vieillissement relèvent d'aspects jugés essentiels à l'identité sexuelle et à l'estime de soi. Dans la société occidentale, la perte majeure de l'homme, celle qui détermine le point tournant entre la jeunesse et la vieillesse est la perte d'érection, alors que pour la femme, c'est le fait de ne plus se sentir désirable et attirante qui menace son ego (Gott, 2003; Öberg & Tornstam, 2003). Pourtant, on peut supposer que les couples qui s'actualisent sur le plan sexuel ne se laissent pas influencer par les pressions sociales indues qui pourraient les réprimer dans leur élan sexuel. Non seulement le « second langage » du sexe de Butler et Levis (1983) peut devenir une alternative bienvenue lorsque la chimie du couple se modifie ou que les problèmes de santé deviennent trop lourds, mais ce nouveau langage, plus authentique, plus profond, peut graduellement remplacer les pertes et ont une signification plus importante pour la personne et le couple.

1.5 Objectifs de recherche

Chez des individus retraités, vivant en couple hétérosexuel, en bonne santé générale et âgés de 65 ans et plus, cette étude vise à répondre aux quatre objectifs suivants;

- 1) explorer et décrire le sens que ces personnes donnent à leur sexualité,
- 2) explorer et décrire le sens que ces personnes donnent à leur bien-être sexuel,
- 3) explorer et décrire les conditions que les aînés jugent favorables à leur bien-être sexuel,
- 4) explorer et décrire les stratégies que les aînés jugent favorables à leur bien-être sexuel.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Dans l'optique de répondre aux quatre objectifs de recherche décrits précédemment, cette section décrit la méthode utilisée pour recueillir et analyser les données de l'étude. C'est ainsi que sont exposées les stratégies d'acquisition, d'observation et d'analyse retenues.

2.1 Les stratégies d'acquisition

2.1.1 Choix et justification du dispositif retenu

Le dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines définit la méthode qualitative comme étant avant tout une recherche de sens:

La recherche qualitative est une succession d'opérations et de manipulations techniques et intellectuelles qu'un chercheur fait subir à un objet ou phénomène humain pour en faire surgir les significations pour lui-même et les autres hommes (Mucchielli, 2005).

Il s'avère que la méthode qualitative soit la plus appropriée pour répondre aux objectifs de la présente étude. Celle-ci vise, en effet, à explorer le sens (signification, importance et direction) que les personnes âgées donnent à leur sexualité et les contextes favorables à l'actualisation sexuelle au cours du vieillissement. Ainsi, la méthode qualitative a été retenue pour explorer, à l'aide d'entrevues approfondies, comment les personnes âgées vivent leur sexualité, quel sens elles lui donnent, quelle place elle occupe

dans leur vie et quelles stratégies elles mettent en œuvre pour actualiser cette dimension de leur personne.

2.1.2 Paradigme descriptif et compréhensif

Le choix de deux paradigmes, soit descriptif et compréhensif, se base sur la description de Paillé (2006), qui stipule que le paradigme descriptif vise à décrire des situations ou des phénomènes. Le paradigme compréhensif, quant à lui, utilise une attitude qui cherche à expliciter le sens de la réalité pour les personnes dans leur propre expérience (Paillé, 2006). Dans cette étude, le paradigme descriptif vise à décrire la sexualité, le bien-être sexuel, les conditions et les stratégies sexuelles pendant le vieillissement. Par ailleurs, le paradigme compréhensif vise à faire émerger des structures qui organisent le sens donné à la sexualité, au bien-être sexuel, ainsi que les conditions et les stratégies du bien-être sexuel.

2.1.3 Finalité

La finalité de la recherche est fondamentale parce qu'elle vise avant tout à faire avancer les connaissances sur la question. Elle n'a pas de but appliqué car son but, dans l'immédiat, n'est pas d'intervenir auprès des personnes âgées pour améliorer leur bien-être sexuel.

2.1.4 Objectifs de connaissance

De type exploratoire, l'étude vise à décrire et comprendre en profondeur : 1) Comment les personnes âgées vivent leur sexualité, quel sens elles lui donnent, quelle place elle occupe dans leur vie, quel sens elles donnent au bien-être sexuel et 2) Quelles sont les conditions favorables à leur bien-être sexuel et leur actualisation sexuelle, et quelles stratégies elles mettent en œuvre pour actualiser cette dimension de leur personne.

2.2 Les stratégies d'observation

Cette section décrira la population à l'étude, l'échantillonnage, le recrutement, les participants, le schéma d'entrevue et la collecte de données.

2.2.1 Population à l'étude

L'étude porte sur les hommes et femmes âgés, en bonne santé, québécois, âgés de 65 ans et plus, à la retraite et vivant en relation de couple hétérosexuel. Ce choix est dicté par trois considérations touchant les caractéristiques socio-économiques des personnes de ce groupe d'âge.

Ainés en santé

D'après l'Institut de la statistique du Québec (2012), l'espérance de vie en bonne santé, soit sans incapacité physique ou mentale, s'accroît continuellement. Pourtant, la recherche a très peu exploré, jusqu'à maintenant, l'expression sexuelle des aînés en bonne santé (DeLamater, 2012). Encore selon Delamater (2012), la prédominance de la

recherche sur les problèmes et dysfonctions sexuels encourage le stéréotype que ces personnes ne sont pas actives ou intéressées par la sexualité. Quelques exceptions à cette tendance : l'équipe de Schiavi (1994) a exploré la satisfaction sexuelle chez les aînés en bonne santé, et celle de Rosen (2009; 2010) a développé et validé un instrument de mesure du bien-être sexuel chez les femmes en santé, soit sans problème médical ou psychosocial. Rosen stipule qu'une telle approche permet de mieux cibler les contributions positives de la sexualité à la santé générale, la satisfaction conjugale, l'amélioration de l'intimité et le bien-être général. L'échantillon de cette étude sera donc prélevé dans une population d'aînés en bonne santé générale.

Aînés âgés de 65 ans et plus

Les personnes composant la population à l'étude sont nées soit durant la Grande Dépression, soit au cours de la Seconde Guerre mondiale. La population à l'étude est donc née avant le début du baby-boom. Elle présente en effet des caractéristiques très différentes de la génération des baby-boomers qui a suivi en raison du contexte socio-économique très particulier de cette époque et de l'émergence de nouvelles attitudes sexuelles. La principale caractéristique de ce groupe d'âge, par rapport à la sexualité, réside dans l'emprise de la morale catholique sur les attitudes sexuelles. L'institution religieuse catholique a en effet eu impact non négligeable sur la manière dont une bonne portion des aînés d'aujourd'hui conçoivent et vivent leur sexualité. Il est à prévoir que les aînés qui seront interviewés dans cette étude auront grandi dans les valeurs traditionnelles catholiques, et donc que pour eux, le plaisir sexuel sans possibilité de procréation soit source de sentiments de honte et de culpabilité (Harvey, 1973).

Ainés vivant en relation de couple

La vie de couple apparaît comme le mode de vie le plus fréquent et le plus susceptible de contribuer à l'actualisation sexuelle au cours du vieillissement. Même si environ 11 % des aînés vivent seuls, (ce pourcentage peut atteindre les 35 % chez les femmes de plus de 75 ans), près de 50 % des personnes âgées vivent en couple (Précis pratique de Gériatrie, 2007). La présence d'un partenaire sexuel est un facteur déterminant du désir et de l'activité sexuels chez les hommes et les femmes âgés, la plupart d'entre eux considérant que l'intimité sexuelle est surtout sinon seulement appropriée et normale dans le cadre du mariage (Gott & Hinchliff, 2003; Rossi, 1994; Schiavi, 1999).

Ainés à la retraite

Même si le passage à retraite n'apparaît pas dans les études comme une étape essentielle de la croissance sexuelle, celui-ci peut tout de même offrir un contexte tout à fait privilégié à la vie sexuelle du couple, surtout avant que les incapacités et les maladies deviennent prédominantes. À cet effet, Schiavi (1999) fait remarquer que le vide créé par la cessation du travail laisse davantage de place aux autres sources de sens telles que les relations familiales et de couple. L'échantillon de cette étude sera donc prélevé dans une population d'hommes et de femmes à la retraite.

Pour tenir compte de toutes ces conditions, il apparaît indiqué de cibler comme population de cette étude des personnes âgées de 65 et plus, à la retraite, québécoises et francophones, se considérant en bonne santé générale, et vivant en relation de couple hétérosexuel. Les critères d'exclusion sont les maladies (diabète, cancer de la prostate,

maladies cardiaques, parkinson, démences, dépression majeure, alcoolisme grave) ayant une incidence majeure sur la sexualité (Schiavi, 1999).

2.2.2 Échantillonnage

L'étude a eu recours à un échantillonnage séquentiel dirigé par une réflexion conceptuelle (Miles & Huberman, 2005) où les échantillons sont orientés plutôt que pris au hasard, et pas entièrement spécifiés dès le départ. La compréhension d'une facette de la réalité entraîne la sélection de participants susceptibles de révéler de nouvelles facettes de l'objet d'étude. Fondamentalement, l'échantillonnage qualitatif recherche une représentativité théorique, qui souvent s'atteint progressivement. La question de généralisation statistique n'est donc pas pertinente dans ce cas. Il est plutôt question de généralisation analytique dans le sens où cet échantillonnage permet de mettre de la chair sur le squelette des construits généraux et de leurs relations (Miles & Huberman, 2005).

Pour favoriser le choix des participants les plus représentatifs des divers aspects du phénomène étudié, un nombre à peu près égal d'hommes et de femmes ont été recrutés. Par ailleurs, dans chacune de ces deux catégories, un nombre égal de personnes ayant un niveau de scolarité élevé ou faible a été recherché. En général, les volontaires pour les études sur la sexualité ont un plus haut niveau d'éducation et des attitudes sexuelles moins conservatrices que les non volontaires (Schiavi, 1999). Il est donc fort probable que les personnes ayant participé au projet s'actualisent davantage que la moyenne des gens au plan sexuel. Compte tenu des objectifs de l'étude, ce biais se transforme en avantage, car c'est justement les conditions et les stratégies favorables à l'actualisation chez les personnes les plus épanouies sur le plan sexuel qui sont recherchées. Il appert, par contre,

que l'étude sera moins directement utile aux personnes en moins bonne santé ou vivant seules.

2.2.3 Recrutement

Deux méthodes de recrutement ont été utilisées. La méthode boule de neige (Goodman, 1961) a permis de recruter la plupart des participants. Les proches, amis et connaissances de l'équipe de recherche ont tout d'abord été invités à donner les noms des aînés de leur entourage correspondant au profil recherché. Le lien de confiance préalablement établi avec des proches de la chercheuse principale a facilité le contact et a permis une plus grande ouverture sur un sujet jugé très intime par les participants. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont ensuite été vérifiés par un premier contact téléphonique. Par effet « boule de neige », les participants interviewés ont été sollicités pour désigner des aînés de leur entourage de façon à recruter d'autres participants. Une seconde méthode a consisté à aller présenter le projet à des groupes d'étudiants de l'Université du troisième âge de Sherbrooke en passant par leur professeur, qui est aussi co-directeur de cette recherche. La chercheuse principale s'est présentée en classe et a décrit verbalement le but de son étude et les participants qui étaient recherchés. Cette méthode n'a permis de recruter que 5 des 15 participants.

2.2.4 Description des participants

Au total, 15 participants ont participé à la présente étude, 7 hommes et 8 femmes. Le Tableau 1 présente en détails les caractéristiques de l'échantillon à l'étude. Lors des

entrevues, ils étaient âgés entre 65 et 78 ans ($M = 69,2$). Tous les participants étaient Québécois, retraités, blancs, francophones, hétérosexuels et en bonne santé générale. La majorité d'entre eux étaient mariés depuis plus de 30 ans bien que six en étaient à leur second ou troisième mariage, donc mariés depuis moins longtemps. Parmi eux, se retrouvaient plusieurs enseignants et enseignantes, des ingénieurs, des infirmières, une femme à la maison, un contremaître de construction, une orthopédagogue et un conseiller au ministère de l'éducation. Une majorité de participants présentaient un statut socio-économique moyen, les autres se classant dans un statut socio-économique élevé. Des 15 participants, certains ont déclaré être non croyants, les autres étant soit croyants mais non pratiquants, soit pratiquants de foi catholique. Enfin, une personne a déclaré être dans une catégorie à part, soit spirituelle.

Tableau 1
Caractéristiques des participants de l'étude

Sexe	<i>n</i>	%
Femmes	8	53
Hommes	7	47
Âge (ans)		
65-69	9	60
70-74	3	20
75+	3	20
Âge du conjoint (ans)		
60-65	6	40
65-69	4	27
70-74	2	13
75+	3	20
Durée de l'union (ans)		
-10	5	33
10-20	1	7
20-30	0	0
30-40	4	27
40-50	2	13
50+	3	20
Nombre d'unions ou mariages		
1	9	60
2	5	33
3	1	7
Profession		
Génie	3	20
Soins infirmiers	2	13
Construction	1	7
Enseignement	6	40
Orthopédagogie	1	7
Ministère de l'Éducation	1	7
Religion catholique		
Athée	3	20
Croyant mais non pratiquant	6	40
Pratiquant	5	33
Spirituel	1	7
Région		
Bas-du-Fleuve	7	47
Estrie	8	53
Niveau de vie		
Moyen	11	73
Élevé	4	27

Un peu moins de la moitié des participants et participantes ont jugé leur sexualité comme étant importante pour leur couple et leur bonheur global. Un même nombre de participants a également jugé être satisfait et heureux de leur relation de couple et de leur vie en général.

2.2.5 Processus de collecte de données

Toutes les entrevues sauf une (qui a eu lieu dans un local du Centre de Recherche du Vieillissement) ont eu lieu au domicile des participants. La mise en confiance a duré assez longtemps avant le début de l'entrevue proprement dite, soit entre 5 et 20 minutes. Le formulaire de consentement a été lu et signé par les deux parties (voir Annexe A). Compte tenu de la nature délicate des entrevues, celles-ci ont été enregistrées mais avec l'option de l'arrêter temporairement - ou définitivement - si le participant le jugeait nécessaire pour son confort. Deux participantes ont à cet effet demandé d'éteindre le magnétophone temporairement pour aborder des sujets jugés délicats. Les entrevues ont duré entre 40 et 114 minutes avec une moyenne de 64 minutes. Elles se sont déroulées dans une atmosphère décontractée et dans une position d'ouverture et d'écoute de la part de l'intervieweuse. Le participant ou la participante et l'intervieweuse étaient soit assis autour d'une table devant un café ou dans le salon. Un code a été assigné à chacun des participants selon l'ordre chronologique dans lequel les entrevues ont été effectuées. D'autres considérations éthiques ont été prises en compte.

Schéma d'entrevue initial

Thème 1 : sens de la sexualité et du bien-être sexuel

1. Est-ce que la sexualité est importante dans votre vie actuellement?
2. Est-ce que la sexualité a toujours eu la même importance?
3. Qu'est-ce qui est le plus important dans votre vie sexuelle?
4. Pouvez-vous me décrire comment vous vivez votre sexualité à cette étape-ci de votre vie?
5. Qu'est-ce que la sexualité apporte dans votre vie?

Thème 2 : conditions et stratégies favorables à une actualisation sexuelle optimale

6. Comment avez-vous découvert ce qui est important pour vous?
7. Quels moyens prenez-vous pour vous épanouir dans votre sexualité?
8. Que conseilleriez-vous aux générations plus jeunes quant à la sexualité pendant le vieillissement?
9. Avez-vous vécu des pertes au plan sexuel?
10. Comment avez-vous composé avec ces pertes?

Figure 2 Schéma d'entrevue initial.

La figure 2 présente la description du schéma d'entrevue initial, de son évolution jusqu'au schéma d'entrevue final. Parce qu'elles sont ouvertes et qu'elles invitent peu à peu les participants à une exploration plus approfondie de leur expérience, les questions ont permis une libre expression du vécu

sexuel de la personne avec son propre vocabulaire et ses propres attitudes. Les questions se divisent en deux thèmes, chacun en lien direct avec deux des quatre objectifs de recherche, soit 1) le sens de la sexualité et du bien-être sexuel et 2) les conditions et stratégies favorables à un bien-être et une actualisation sexuelle optimale. Les questions du thème 1 renvoient donc à ce qui donne un sens à la sexualité, c'est-à-dire, en ordre des questions : (1) la valeur accordée à la sexualité, (2) sa valeur actuelle comparée à d'autres moments dans la vie, (3) ce qui est significatif et (4 et 5) la place et les rôles que la sexualité prend dans la vie. Les questions du thème 2 se rapportent aux conditions et stratégies mises en œuvre sur le plan physique, psychologique ou social pour actualiser la dimension sexuelle de la personne, soit; (6) les conditions et stratégies permettant la découverte des sources de sens sexuels, (7 et 8) les conditions et stratégies générales pour s'épanouir, et finalement (8 et 9) les conditions et stratégies pour s'adapter aux pertes sexuelles et retrouver un sens à la sexualité. Le schéma initial s'est rapidement transformé face à certaines embûches rencontrées, tel que présenté à la figure 3.

Schéma d'entrevue final

Thème 1 : sens de la sexualité et du bien-être sexuel

1. Nous aimerions savoir comment les personnes de votre groupe d'âge vivent leur sexualité. Pouvez-vous me parler de votre expérience?
 - a. Qu'est-ce qui a changé dans votre manière de vivre votre sexualité?
 - b. Est-ce que la sexualité est importante dans votre vie actuellement?
 - c. Est-ce que la sexualité a toujours eu la même importance?
 - d. Qu'est-ce qui est le plus important dans votre vie sexuelle?
 - e. Qu'est-ce que la sexualité apporte dans votre vie?

Thème 2 : conditions et stratégies favorables à une actualisation sexuelle optimale

2. Pouvez-vous me parler de comment vous vous prenez pour améliorer votre vie sexuelle?
 - a. Comment avez-vous découvert ce qui est important pour vous?
 - b. Quels moyens prenez-vous pour vous épanouir dans votre sexualité?
 - c. Avez-vous vécu des problèmes au plan sexuel?
 - d. Que conseilleriez-vous aux générations plus jeunes quant à la sexualité pendant le vieillissement?

Figure 3 Schéma d'entrevue final.

Lors de la première entrevue, la première question (Est-ce que la sexualité est importante dans votre vie? En quoi?) se répondait par oui ou non tout en invitant le

participant à expliquer le pourquoi de ce oui ou de ce non. Cette question a été modifiée par la suite. Plutôt que de commencer par une question fermée, la question suivante a permis de mieux ouvrir la discussion : Nous aimerions savoir comment les personnes de votre groupe d'âge vivent leur sexualité. Pouvez-vous me parler de votre expérience? Ensuite, le mot « pertes » dans les questions 9 et 10 a été remplacé par le mot « problèmes », beaucoup plus accessible. La question 10 portait sur la manière de composer avec les pertes a simplement été retirée car elle s'est avérée inutile. Les participants ont en effet élaboré sur leurs pertes sexuelles sans avoir besoin d'une question spécifique.

2.3 Les stratégies d'analyse

L'analyse qualitative est un processus continu et itératif (Miles & Huberman, 2006).

L'analyse qualitative peut se définir comme une démarche discursive de reformulation, d'explication ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène... Son résultat [...] est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet (Paillé & Mucchielli, 2005, p. 5).

2.3.1 L'analyse thématique

La méthode d'analyse thématique rigoureuse, tout en étant flexible, décrite par Braun et Clarke (2006) a été retenue dans cette étude. Cette méthode sert à identifier, analyser et rapporter les modèles (patrons) thématiques qui émergent des données. L'analyse thématique ne réfère à aucune position épistémologique ou théorique, comme par exemple la théorisation ancrée ou la phénoménologie, et peut être appliquée à une large étendue

d'approches différentes, tout en offrant des résultats riches, détaillés et complexes (Braun & Clarke). À l'intérieur de cette étude, l'analyse thématique est de type réaliste, dans le sens où elle rapporte les expériences, les sens et les réalités des participants. L'analyse thématique implique un certain nombre de choix devant être explicitement considérés et discutés avant l'analyse des données, ainsi qu'un dialogue réflexif de la part des chercheurs tout au long du processus d'analyse (Braun & Clarke).

Ce qui compte comme un thème

Un thème saisit quelque chose d'important à propos des résultats en relation avec la question de recherche et représente un niveau de schéma de réponse ou de sens à l'intérieur de l'ensemble des données (traduction libre, Braun & Clarke, 2006, p. 82).

La question qui se pose tout d'abord, est : qu'est-ce qui compte comme un thème, autrement dit, quelle taille et fréquence doit-il avoir pour être considéré comme tel? Les thèmes retenus ont été sélectionnés sur une base plus qualitative que quantitative, c'est-à-dire que chacun d'entre eux devait saisir un aspect essentiel en relation avec la question de recherche. La prévalence d'un thème a été comptabilisée en fonction du nombre de participants qui en font mention, mais la prévalence d'un item n'est pas une garantie automatique de sa pertinence. Par exemple, un des thèmes principaux du premier objectif, la communion/connexion, n'était pas le plus prévalent de tous les thèmes, mais il visait un aspect essentiel du bien-être sexuel pendant le vieillissement.

Riche description de l'ensemble des données ou un compte-rendu détaillé d'un aspect particulier?

Une analyse thématique détaillée et nuancée en fonction des objectifs de recherche a été préférée à une analyse très riche de l'ensemble des données. L'entièreté des paroles des participants n'a pas été codée, car plusieurs informations se sont avérées superflues. Il a donc été décidé de coder tout thème ayant un lien avec, d'une part, le sens de la sexualité ou du bien-être sexuel et d'autre part, avec les conditions ou stratégies relatives au maintien ou à l'épanouissement de la sexualité.

Analyse inductive ou déductive?

Même si le questionnaire semi-structuré élaboré pour les entrevues se base sur les aspects importants de la théorie de l'actualisation du potentiel en lien avec le sens à la vie pendant le vieillissement (Leclerc, 2007), l'analyse des réponses a été plus inductive que déductive. Plutôt que de forcer les résultats à s'insérer dans des catégories prédéterminées (c.-à-d., approche déductive), les thèmes identifiés ont émergé de l'analyse des données, ce qui correspond à l'approche inductive. Il reste que les résultats proviennent des questions reliées à la théorie de l'actualisation, et qu'à ce titre ils correspondent, dans une certaine mesure, aux éléments de la théorie.

Thèmes latents ou sémantiques?

À priori, l'analyse a été conduite au niveau sémantique. L'analyse a été effectuée de façon à identifier et regrouper dans des thèmes plus larges des idées, des significations et

des conceptions qui étaient déjà là, mais exprimées autrement et sans être regroupées sous des thèmes plus compréhensifs.

Épistémologie : essentialiste/réaliste versus constructiviste

Dans cette étude, le paradigme descriptif vise à décrire la sexualité, le bien-être sexuel, les conditions et les stratégies sexuelles pendant le vieillissement. Par ailleurs, le paradigme constructiviste vise à faire émerger des structures qui organisent le sens donné à la sexualité, au bien-être sexuel, ainsi que les conditions et les stratégies du bien-être sexuel.

2.3.2 Les étapes de l'analyse

Plusieurs phases de l'analyse thématique ressemblent à celles des autres méthodes d'analyse qualitative. Le processus commence durant la collecte de données, lorsque l'analyste commence à remarquer des *patrons* ou des enjeux potentiellement intéressants. La fin survient, quant à elle, lors de l'écriture du rapport final du contenu des thèmes, lesquels sont souvent des construits abstraits identifiés avant, pendant et après l'analyse (Braun & Clarke, 2006). L'analyse implique un constant va-et-vient entre l'ensemble des données, les extraits codés et l'analyse des données en cours. Par ailleurs, il y a eu alternance entre les entrevues et les analyses et le remaniement du schéma d'entrevue, lequel a évolué selon les patrons et enjeux relevés dans les entrevues précédentes. Ainsi, le schéma d'entrevue a été de plus en plus pertinent pour répondre aux objectifs de la recherche. L'écriture n'a pas eu lieu seulement à la fin, mais dès le début de la première

étape, en jetant sur papier les idées des codes potentiels. De façon plus concrète, Braun et Clarke (2006) ont identifié six étapes propres à l'analyse thématique qui ont été appliquées dans cette étude. Il est important de préciser que ces étapes ne sont pas linéaires, mais suivent un processus récursif, qui requiert de la flexibilité.

1) Se familiariser avec les données

D'après Braun et Clarke (2006), il est vital de commencer par s'immerger complètement dans les données. Collecter les données soi-même est un atout appréciable afin d'acquérir des idées pour l'analyse. L'immersion permet de se familiariser à la fois avec la profondeur et l'étendue du contenu, implique l'écoute et la lecture répétitive des entrevues, ainsi que la prise de notes pour les codes initiaux. L'analyse a été effectuée à partir de données verbales, soit les entrevues, qui ont été ensuite transcrites dans des documents Word. Cette transcription a pris en compte tous les énoncés verbaux, et parfois même non-verbaux des participants. Puisque les entrevues ont été transcrites par une tierce personne, une plus grande immersion a été nécessaire. Cette familiarisation a permis de mettre sur papier des idées de codes ou thèmes potentiels, tels que l'amour, la pénétration ou le corps féminin.

2) Générer les codes initiaux

Cette phase a commencé après qu'une liste d'idées initiales de codes eût été élaborée à partir de ce qui ressortait d'une première familiarisation avec les données. Un code identifie une particularité sémantique ou latente des données, et réfère au segment ou à

l'élément du contenu brut pouvant être attribué d'une façon significative au phénomène à l'étude. Les codes diffèrent des thèmes, lesquels sont des unités d'analyse plus larges et impliquent nécessairement une interprétation. Pour faciliter le codage et ensuite l'attribution de thèmes, le logiciel d'analyse des données qualitatives QDAMiner a été utilisé. Ce logiciel permet de coder, d'extraire et d'analyser une grande quantité de textes. Braun et Clarke (2006) recommandent, à cette étape, a) de coder autant de codes que possible, b) de coder les extraits inclusivement, c'est-à-dire en gardant un peu du contexte qui les entoure, et c) de se souvenir qu'il est possible de coder un extrait de multiples façons, parfois même contradictoires.

Les données n'ayant pas de lien avec les questions de recherche n'ont pas été codées. Par exemple, un participant a longuement parlé du régime hitlérien, de la seconde guerre mondiale et des juifs. Ces paroles n'ont pas été codées à moins qu'elles aient été associées à la sexualité. Tout le contenu se rapportant aux questions de recherche a été codé avec autant de codes possibles, inclusivement, et parfois de multiples façons comme recommandé par Braun et Clarke (2006). Un extrait comme celui-ci a donc reçu deux codes, soit les codes « *Rel sex pas juste acte* » et « *sexualité aussi amour au-delà de la rel sex* » :

Les relations sexuelles c'est pas juste l'acte sexuel, là, c'est sûr. C'est de s'aimer beaucoup, aussi, au-delà de la relation aussi hein? Au-delà de la relation. C'est sûr que quand on s'aime beaucoup, on est prête à recevoir n'importe quelle confiance même si ça fait pas notre affaire, on est prête à la recevoir la confiance sans porter de jugement (1F, 67).

Une première codification a permis de générer un total de 424 regroupements de codes. Cette étape de codage a été facilitée du fait que le logiciel QDA Miner oblige à inscrire les codes dans des regroupements prédéterminés. Les codes très similaires ont ainsi été jumelés en regroupements, les codes identiques fusionnés et les codes hors sujet

effacés. Voici un exemple de catégories de codes provenant de la huitième entrevue: « initiation ± programmée ». Pour réduire le nombre de codes, la chercheure a regroupé les codes des 15 entrevues pour ne former qu'un seul livre de codes. Plusieurs regroupements de codes semblables ont alors été fusionnés. Cette réduction de codes a ainsi permis de réduire le nombre de catégories à 230 pour un total de 1879 codes. Pour faciliter l'analyse, les codes ont été regroupés sous quatre grands regroupements correspondant aux quatre questions de recherche, soit le bien-être sexuel, le sens de la sexualité, les conditions, les stratégies. Deux autres regroupements de codes ont été ajoutées parce qu'ils semblaient correspondre à des construits intimement reliés aux objectifs de l'étude tout en étant distincts, soit le bonheur conjugal et la satisfaction du milieu de vie. Un va-et-vient constant entre les regroupements de codes et les extraits de textes codés a été effectué pendant toute cette étape d'analyse. La catégorie du bien-être sexuel était alors composée de 13 regroupements de codes, celle du bonheur conjugal de cinq regroupements, celle des conditions 73 regroupements, celle de la satisfaction du milieu de vie deux regroupements, celle du sens de la sexualité 18 regroupements et enfin la catégorie des stratégies contenait 48 catégories de codes. Par exemple, dans la catégorie principale des stratégies, se retrouvait entre autres le regroupement de codes nommée « ajuster ses attentes » et incluait les codes suivants : « Se satisfait du peu qu'elle a pour ne pas en rajouter à la maladie », « Se satisfait de moins car pas fonction sex », « Se contenter n'est pas satisfaisant » et « N'a plus bcp d'attentes ».

L'étape suivante a consisté à fusionner tous les codes initiaux sous leur nom de catégorie respective et à définir ces codes uniformément. Cette opération a permis de réduire considérablement le nombre de codes, passant de 1879 à 207 pour six catégories principales. L'annexe B permet de visualiser les 207 codes obtenus. Pour compléter cette

étape, une analyse inter-juges a été effectuée afin de vérifier la fiabilité du codage. Pour ce faire, la chercheuse principale a sélectionné au hasard 10 % du texte de chacune des entrevues puis les a soumis à un des deux autres membres de l'équipe de recherche. Grâce au livre de codes et à leurs définitions, cet autre chercheur a pu identifier s'il était en accord ou en désaccord avec la codification de ces extraits. Sur les 319 codes sélectionnés par la chercheuse principale, seulement douze n'ont pas été retenus par le second chercheur. L'accord inter-juge de 96 % obtenu a permis à l'équipe de recherche de s'assurer de la fiabilité du codage. Ensuite, l'équipe de recherche s'est rencontrée pour discuter de chacun des codes des extraits sélectionnés au hasard. Les codes divergents ont été discutés et un consensus a été obtenu. Par exemple, un code « Je ne parle pas de sexualité » a été ajouté à celui « Je parle peu de sexualité ». Enfin, l'équipe a procédé à une première organisation des codes en thèmes initiaux de façon à faciliter l'étape suivante. L'annexe C résume la thématization préliminaire issue de cette opération. Dans cette première tentative, quatre catégories de thèmes avaient été identifiées : les facteurs antécédents, ce qu'est la sexualité pour la personne, les stratégies et les effets de la sexualité.

3) Chercher les thèmes

Il s'agit d'une étape d'analyse de codes où on considère comment différents codes peuvent se combiner pour former un thème plus général (Braun & Clarke, 2006). Cette étape d'analyse a impliqué une analyse plus large, en regroupant les codes sous des thèmes potentiels, et en comparant les extraits de verbatim attribués aux mêmes thèmes. Il a été utile de transposer ces thèmes et codes visuellement par le biais de tableaux et d'arbres

thématiques, de façon à former des relations entre les codes, les thèmes et les sous-thèmes. Cette étape s'est terminée par une collection de thèmes et de sous-thèmes potentiels, en mettant en relation avec eux les extraits codés. Les annexes D, E et F montrent respectivement les schémas des thèmes initiaux du sens de la sexualité et du bien-être sexuel, des conditions et finalement des stratégies favorables au bien-être sexuel des aînés. Plus précisément, l'annexe D illustre une conception personnelle de la sexualité orientée vers la satisfaction de vie et le bonheur personnel et conjugal. Cette conception personnelle de la sexualité comprend les thèmes initiaux de bien-être sexuel, épanouissement sexuel, sens de la sexualité et l'importance de la sexualité. L'annexe E, quant à elle, montre quatre thèmes initiaux des conditions du bien-être sexuel des aînés : les facteurs personnels, les facteurs de couple, les facteurs d'histoire de vie et les facteurs environnementaux. Enfin, l'annexe F présente trois thèmes initiaux : la communication, les stratégies d'adaptation aux pertes et les stratégies de maintien ou de développement.

4) Réviser les thèmes

Selon Braun et Clarke (2006), l'étape de la révision des thèmes se divise en deux niveaux : celui des codes et celui des thèmes. Le premier niveau exige la révision de tous les extraits codés, c'est-à-dire la lecture et la relecture de tous les extraits reliés à chaque thème, de façon à voir s'ils apparaissent former un patron cohérent. Si c'est le cas, il est possible de passer au niveau suivant de cette étape. Sinon, il faut considérer si le thème lui-même est problématique, ou si simplement certains extraits n'y correspondent pas. Dans ce dernier cas, il faut retravailler le thème, en créer un nouveau et créer d'autres thèmes ou sous-thèmes pour les extraits exclus. Une fois satisfaits de la façon dont les thèmes saisissent les contours du contenu codé, une fois qu'un arbre thématique potentiel

est obtenu, il est possible de passer au second niveau de révision. Le processus du second niveau est similaire au premier, mais implique un retour à l'ensemble des données. La validité des thèmes individuels ainsi que la justesse de l'arbre thématique quant à l'ensemble des données dans son entièreté sont considérés. À cette étape, on doit relire l'entièreté des données de façon à s'assurer qu'elles correspondent avec les thèmes, en plus de coder des extraits additionnels si certains ont été oubliés. Si le schéma thématique fonctionne, il est possible de passer à l'étape suivante. Sinon, il est nécessaire de retourner à la révision et d'affiner le codage. De façon générale, quand ce raffinement n'apporte plus rien de substantiel, il est temps d'arrêter de générer de nouveaux thèmes.

Une fois satisfaits de la façon dont les thèmes rendent bien le sens du contenu codé, après qu'un arbre thématique potentiel eût été obtenu pour chacun des grands thèmes, il a été possible de passer au second niveau de révision. Les annexes G, H et I montrent ces arbres thématiques potentiels. L'annexe G illustre un schéma temporaire du sens de la sexualité et du bien-être sexuel des aînés. Les thèmes représentés sont le plaisir physique, le répertoire génital, l'évolution-dynamisme, la connexion, l'intimité affective, la place de la sexualité, la satisfaction de la vie sexuelle et le bien-être et le bonheur. L'annexe H montre un schéma temporaire des conditions du bien-être sexuel des aînés : les facteurs personnels, les facteurs conjugaux, les facteurs familiaux et les facteurs socio-historiques. Finalement, l'annexe I illustre un schéma temporaire des stratégies du bien-être sexuel des aînés, soit les ajustements conjugaux, se remettre en question et se mettre en action vers l'extérieur. Un retour à l'ensemble des données a permis de considérer la validité des thèmes individuels ainsi que la justesse de l'arbre thématique dans son entièreté. À cette étape, il a été nécessaire relire toutes les données de façon à s'assurer qu'elles

correspondent avec les thèmes, en plus de coder des extraits additionnels si certains avaient été oubliés. Quand ce raffinement a cessé de rapporter quelque chose de substantiel, il a été temps d'arrêter de générer de nouveaux thèmes.

5) Nommer et définir les thèmes

À cette étape, Braun et Clarke (2006) proposent de définir et raffiner encore les thèmes qui ont été présentés dans l'analyse. C'est ici qu'est identifiée l'essence de chacun des thèmes et déterminés quel aspect du contenu chaque thème saisit, ce qu'il apporte et pourquoi. Chacun des thèmes doit être décrit et analysé en lui-même, mais aussi en relation avec les autres, et en fonction des possibles sous-thèmes qu'il peut contenir. À la fin de cette étape, il devrait être possible de décrire chaque thème en deux phrases maximum, et de lui attribuer un titre qui soit concis, précis et percutant.

6) Écrire le rapport

Il est important que le rapport « procure un compte-rendu concis, cohérent, logique, non-répétitif et intéressant de ce que le contenu raconte comme histoire – à l'intérieur et entre les thèmes » (Braun & Clarke, 2006, p. 93). Le rapport doit inclure suffisamment d'extraits parlants pour démontrer la prévalence des thèmes et pour illustrer l'argumentaire en relation avec les objectifs de la recherche.

2.4 Considérations éthiques

Cette étude porte sur un sujet extrêmement délicat, surtout pour les personnes nées avant la fin de la deuxième guerre mondiale. À quelques reprises, il s'est avéré difficile de les amener à se sentir suffisamment confortables pour s'ouvrir sur une partie intime de leur existence, soit leur vie sexuelle. Plusieurs précautions ont donc été prises pour que le participant ne subisse aucun tort ni préjudice. Un formulaire de consentement (voir annexe A) a été lu attentivement et signé dès le début de l'entrevue pour s'assurer d'une participation éclairée. Les participants ont été avisés qu'ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude sans avoir à justifier leur décision. La confidentialité de l'information dévoilée leur a été assurée. L'information n'a pu être utilisée que par l'étudiante et ses directeurs de recherche qui ont pris bien soin de ne pas révéler des détails qui pourraient permettre de reconnaître les participants. Les participants étaient informés que seuls les résultats généraux seraient utilisés de façon anonyme lors des publications découlant de la recherche. Des ressources d'aide psychologiques étaient également disponibles, dans le cas où la participation à la recherche ait fait émerger de la détresse.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

Le chapitre 3 présente les résultats finaux de l'analyse, c'est-à-dire la description détaillée, telle qu'elle apparaît au terme des analyses, des composantes de la sexualité et du bien-être sexuel, des conditions et des stratégies favorables au bien-être et à l'actualisation sexuels des aînés, puis la définition précise de ces concepts.

3.1 La sexualité et le bien-être sexuel

L'arbre thématique présenté à la Figure 4 illustre le sens de la sexualité et du bien-être sexuel pendant le vieillissement. Cet arbre contient six thèmes majeurs et un thème secondaire en relation avec la sexualité, et deux thèmes reliés au bien-être sexuel. Le schéma montre que la sexualité conduit au bien-être sexuel par la valeur, et la place attribuées à quatre sources potentielles de sens : le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/ connexion sexuelle et les pertes sexuelles.

L'analyse a montré l'aspect profondément dynamique et évolutif de la sexualité et du bien-être sexuel. Les participants ont tous décrit la sexualité comme un processus dynamique qui évolue avec la personne et son conjoint: « Puis, on l'a, mais on le fait grandir aussi (15F, 72); « Là, on n'évolue pas séparément. On évolue ensemble. On doit évoluer un moment donné. Quand on n'évolue pas, y'a un problème » (13H, 70 ans). Le dynamisme et l'évolution ne forment pas un thème majeur parce qu'ils font plutôt partie intégrante des thèmes de la sexualité et du bien-être sexuel des aînés.

3.1.1 La valeur et la place de la sexualité : évolution et variations

La valeur de la sexualité et la place accordée à la sexualité ont varié d'une personne à l'autre et au cours de la vie de chacun, en fonction de diverses circonstances de la vie, comme la guerre, les enfants, le travail, les changements dans la libido, les problèmes de couple ou la maladie.

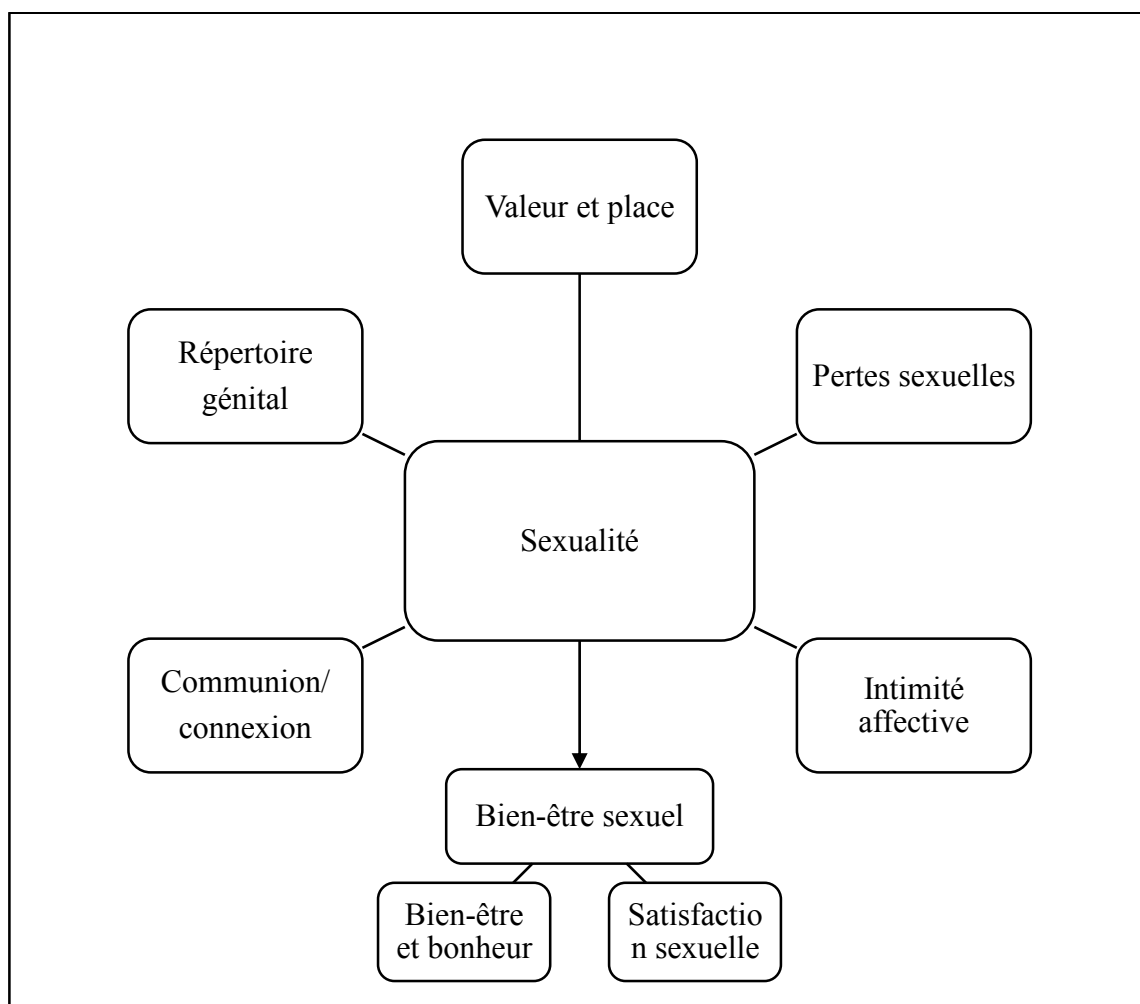


Figure 4 Arbre thématique final du sens de la sexualité et du bien-être sexuel.

Pour six des aînés interviewés, les relations sexuelles étaient beaucoup plus importantes quand ils étaient jeunes, alors que leur libido était élevée : « Quand j'étais

jeune je pensais que c'était tout le temps là comme -aye ça n'en prend, ça n'en prend de la sexualité pis tout ça » (8F, 65) : « C'est sûr que dans les débuts, les ébats amoureux c'est plus fort. C'est comme si on est des jeunes taureaux, on pense que pour exprimer notre amour c'est ça que ça prend » (10F, 66).

Par ailleurs, le but de la sexualité était alors de forger une famille: « À 20 ans, mon désir c'était d'avoir des enfants... c'est tout. Pour donner ma descendance » [rires] (5H, 80); « Pis pour avoir des enfants... Ben c'est ça c'était pour ça » (13H, 70).

Mais la sexualité n'a pas eu une telle valeur ni la même place dans la jeunesse de tous les participants. Un homme d'origine française ayant vécu la deuxième guerre mondiale a expliqué pourquoi la sexualité était alors reléguée au second plan : « À l'époque, si on y pensait, on pensait à vivre, la liberté, pis à manger. Ces trois trucs là. Et puis, forcément, la majorité des hommes était envoyé en Allemagne donc il ne restait plus que des femmes » (5H, 80). Une femme, quant à elle, a raconté comment les besoins de ses enfants et le travail passaient avant ses besoins sexuels :

Depuis que les enfants sont partis de la maison, j'trouve peut-être ça plus important que quand les enfants étaient là. Avant ça, on avait les enfants puis j'me levais pour les enfants. T'sais y'a beaucoup de travail à faire dans une maison. Tu travailles à l'extérieur pis tu veux compenser aussi les demandes pis les besoins de tes enfants. On va peut-être, des fois, un p'tit peu trop vite pour satisfaire un besoin sexuel qu'on a (10F, 66).

Deux personnes ont exprimé ne jamais avoir eu beaucoup de libido et donc ne jamais avoir donné beaucoup d'importance à la sexualité, comme cette femme : « Ouais, c'est entendu que la vie sexuelle c'est important aussi, mais moi je trouve que c'est pas primordial dans une vie de couple là » (12F, 78).

Avec l'avancée en âge, plusieurs ont mentionné une diminution de l'importance de la sexualité, en partie en relation avec une diminution de la libido, de l'apparition de problèmes de santé et de la prise de médicaments, mais aussi en raison de l'éducation et

de la qualité des relations antérieures. Enfin heureuse dans son mariage après deux relations de couple empreintes d'infidélités, une participante s'est questionnée sur la place et la valeur de la sexualité:

Moi, je pense, dans ma tête, je pense que quand on était jeune et pis qu'on apprenait que c'était comme pas important, pas beau même. Je pense qu'il y a un fond qui reste dans notre tête. Alors, quand tu es jeune, ta libido est haute, tu passes par-dessus ça. Mais après ça, des fois il y a des médicaments qu'on prend qui nous aident pas! Alors, c'est comme si dans ce temps-là, ce n'est pas que c'est pas beau, mais c'est comme si c'est pas important. Je me demande si c'est pas ça dans le fond qui remonte. C'est tellement, tellement moins important que si ta libido est pas là, ben tu passes par-dessus c'est tout. Si ma libido était là, peut-être que j'en sentirais le besoin [...] Interviewer : Chaque fois que vous commencez (l'acte sexuel) c'est beau et vous avez du plaisir. Participante 1 : Oui, C'est ça, c'est ça. C'est pour ça que je dis, je me pose la question des fois si c'est pas des antécédents (éducation et tromperies répétées de ses ex conjoints) que j'ai eus qui font comme si c'est comme pas ça qui est le plus important? » (1F, 67)

La sexualité a ainsi pris une place secondaire, ce qui laisse plus d'espace pour un autre sens à la vie: « Être capable de faire confiance, de s'aider mutuellement, pis que notre entourage soit le plus heureux possible à la mesure qu'on est capable de les rendre heureux » (1F, 67). Une autre participante a expliqué que la place de la sexualité est forcément devenue très réduite suite à la grave maladie de son mari : « Il me dit des choses comme -j'étouffe, regarde, je vais mourir. As-tu pensé à tout ça là? Ça prend toute la place» (8F, 65).

Il reste que pour une majorité d'ainés, soit 8 sur 15, la sexualité est restée ou devenue une nécessité avec l'âge: « J'pense que c'tune nécessité » (10F, 66); « C'est la meilleure colle qu'on n'a pas pour garder un couple ensemble » (14H, 66); «Ça n'a jamais eu cette importance-là qu'aujourd'hui elle a » (15F, 72). La sexualité est inhérente à leur vie et donc vitale : « Je pense que c'est comment que t'es habité par la vie. Alors si t'es habité par la vie en étant très actif et en voulant tout connaître et tout savourer eh ben je pense

que c'est un peu la même chose du côté de la sexualité » (8F, 65); « Mais c'est la vie ça. C'est pour ça qu'on est sur terre... de toute façon [rires] (5H, 80).

La valeur et la place de la sexualité ont énormément évolué selon le vécu des personnes et de leur couple. S'il y a certaines constantes comme la diminution de la libido et conséquemment les changements dans les besoins sexuels et les attentes, les caractéristiques individuelles et les circonstances de vie comme la maladie ou l'infidélité peuvent avoir énormément d'impact sur la valeur et la place accordées à la sexualité pendant le vieillissement. C'est ainsi que plus de la moitié des aînés interviewés (8 sur 15) ont donné une très grande valeur à leur sexualité actuelle, en la qualifiant de nécessaire et inhérente à la vie. L'autre moitié des aînés interviewés (7 sur 15) ont donné peu d'importance à leur sexualité actuelle. Parmi ceux-ci, cinq ont mentionné avoir donné une place et une valeur plus grande à la sexualité pendant leur jeunesse étant donné une libido plus intense et le but de procréer. Pour ces aînés, la sexualité a ainsi pris une place secondaire et perdu de sa valeur avec la diminution de la libido, les problèmes de santé, les médicaments, l'éducation et les relations antécédentes négatives. Enfin, deux ont mentionné ne jamais avoir eu de libido et donc, n'avoir jamais donné de l'importance à la sexualité.

Outre la valeur et la place de la sexualité, le sens de la sexualité se définit par ses sources de sens. Un des éléments significatifs du sens à la sexualité chez tous les participants relève du répertoire sexuel.

3.1.2 Répertoire sexuel ou génitalité

Lorsqu'il a été question de la valeur et de la place de la sexualité, les participants ont rapporté avoir un répertoire sexuel assez restreint. Tous les participants de l'étude ont

mentionné vivre et comprendre les relations sexuelles par la génitalité, avant tout par la pénétration. La pénétration est vue comme naturelle, biologique, et le fait de l'homme: « J pense qu'une femme, se faire prendre par un homme c'est dans la nature des choses » (5H, 80).

Seulement deux aînés ont révélé pratiquer d'autres actes sexuels que la pénétration. Pour combler sa femme et compenser pour ses problèmes érectiles, un homme a confié caresser les organes génitaux de sa femme jusqu'à l'orgasme : « des fois, elle en a... des fois, elle en a (des orgasmes) pendant que je la caresse avant qu'il y ait pénétration » (4H, 66). Une participante a abordé une facette taboue et dévoilée à demi-mots en chuchotant, avec gêne. Elle a avoué avoir recourt à la masturbation pour combler l'absence totale de relations sexuelles due à la grave maladie de son mari:

C'est sûr qu'il y a des choses que j'ai faites par moi-même un moment donné là. Comme toute femme fait hein? Pis les petits appareillages [rires]. Moi je suis pas folle là. On est capable d'avoir nos propres... il y a des choses comme ça puis c'est pas si compliqué que ça. Ça aide, pis le conjoint aussi il est capable de faire certaines choses faciles (8F, 65).

Presque la moitié des participants (7 sur 15) ont trouvé important de noter, pour la plupart, une diminution avec l'âge de la fréquence des relations sexuelles qui cadrerait avec une diminution des besoins et des capacités physiques : « Le besoin est moins là, pis le désir est moins là aussi. On parlait tantôt de trois fois par semaine là c'est euh... deux » (7H, 65); « Moi, on est plus capable de faire ça deux fois par jour comme quand j'avais 20 ans. On fait ça au moins une fois par semaine, sinon deux fois » (3H, 78).

Le répertoire sexuel, selon les aînés interviewés, se résume principalement par l'acte sexuel génital, soit la pénétration de la femme par l'homme. Cette conception génitale de la relation sexuelle leur est naturelle et biologique. La moitié des aînés ont noté une diminution de la fréquence du coït suivant la diminution des besoins sexuels et des

capacités physiques. La masturbation n'a été évoquée que dans le cas où la pénétration était difficile ou impossible.

Si les relations sexuelles sont moins fréquentes qu'auparavant, dû à des problèmes de santé, de médicaments ou d'énergie, cela n'empêche pas les aînés de découvrir de nouvelles sources de sens et de plaisir sexuels. Au point que, dans certains cas, la sexualité prend tout son sens autrement, que ce soit par le toucher, les baisers, ou de tout autre lien qui relie l'homme et la femme dans un couple. Ces nouvelles sources de sens prennent forme sous le thème de l'intimité affective.

3.1.3 Intimité affective ou l'amour

L'intimité affective a été décrite comme un élément central de la sexualité de presque tous les participants de l'étude, soit de 12 participants sur 15. L'amour, la tendresse, l'affection, la connaissance de l'autre et les valeurs de respect et de confiance se nourrissent de la vie sexuelle et l'enrichissent tout à la fois. La sexualité ne passe plus par la seule génitalité ou relation sexuelle; elle transparaît dans tout leur être, tous leurs sens, dans tout lien entre l'homme et la femme :

Pour moi la sexualité c'est pas juste le sexe. C'est tout ce qui touche les sens. C'est sûr que ça aboutit souvent à l'acte conjugal mais...j'vais prendre une marche avec mon chum, donner la main à mon chum pour moi ça me fait autant sinon plus de sensation qu'un baiser » (10F, 66).

Pour moi quand on parle de sexualité, c'est pas uniquement la question de relations sexuelles. C'est beaucoup plus global que ça. C'est-à-dire de lien entre homme et femme, comment tout se passe dans le quotidien et au point de vue affectif. Parce que ça a une incidence sur ce qui va se passer au point de vue de l'acte sexuel aussi (7H, 65).

Les baisers et les caresses sont très prisés par les aînés, particulièrement chez les femmes. Un constat général des participants a voulu que le répertoire sexuel se soit agrandi avec le temps pour remplacer ou enrichir la génitalité du début :

« C'est souvent juste une tendresse qui va prendre plus d'importance que l'acte lui-même. Je passe à côté, laisse trainer ma main dans son cou. Juste une petite affaire de même, une petite attention » (1HG, 66); « Parce que la tendresse, le regard, la proximité, le corps, se coller c'est ça hein? Actuellement c'est ça. Ce n'est que ça » (8F, 65).

C'est moins génital. On n'a pas le choix. Les relations sexuelles que j'appelle vraiment génitales à 20 ans, ben sont rendues à un autre niveau. Dans le fond, la sexualité n'est pas juste un contact génital [rires]. Ça va être, ben souvent je passe à côté pis je lui donne une tape sur les fesses, des choses comme ça. Euh, faire par exprès pour euh... toucher une partie ou l'autre du corps peu importe (13H, 70).

L'amour est généralement ce qui a donné une signification aux relations sexuelles :

« La sexualité, c'est l'amour et tout, là [rires] » (15F, 72); « Pour moi la sexualité ça débouche...ça débouche sur l'amour pis l'amour débouche sur la sexualité c'est tout ça là » (10F, 66). L'amour est tellement au centre de la sexualité qu'une femme trompée répétitivement par son ex-mari a révélé que la sexualité avait perdu tout son sens :

Les relations sexuelles, elles signifient quoi pour toi, là? C'est plus l'homme que t'aimais, ça. Les relations sexuelles signifient plus la même chose qu'avant. Alors qu'est-ce que tu fais? (sur le bord des larmes). Interviewer : ce n'est plus tellement de faire l'amour, hein? Participante 1 : Faire l'amour, c'est difficile! C'est pas faire l'amour, c'est avoir une relation sexuelle. Ce n'est pas faire l'amour, ça! Alors, ça a continué, ça l'a été comme désastreux, ça (1F, 67).

Pour cette participante, même dans une nouvelle relation, ce qui est désormais important dans sa vie sexuelle, « c'est d'être capable d'être affectueux l'un avec l'autre, beaucoup d'affection, beaucoup de tendresse, tout simplement » (1F, 67). La sexualité peut donc pleinement se vivre à travers cette intimité affective, en manifestant son amour par des marques d'affection et de tendresse. Une autre participante a identifié

ce qui est le plus important dans sa vie sexuelle : « C'est l'attention. Les petits moments d'attention. La délicatesse. La tendresse, le respect pis de p'tits moments moi je trouve que je vis ma sexualité là-dedans » (9F, 67). Les marques d'amour, d'affection et de tendresse que sont les baisers, les câlins, les caresses et les petites attentions prennent plus d'importance et donnent un sens à la sexualité en particulier quand la fonction sexuelle et la santé ne suivent plus aussi bien pendant le vieillissement.

Le prochain thème renferme ces mêmes éléments d'intimité affective, mais met l'emphase sur la rencontre et la disponibilité avec l'être aimé; c'est la communion / connexion sexuelle.

3.1.4 Communion ou connexe sexuelle, l'antithèse du répertoire

Seulement cinq participants ont mentionné la grande place de la communion ou de la connexion sexuelle dans leur vie sexuelle. Par contre, ces participants ont fait mention de la communion comme de la sexualité à son meilleur. La sexualité est perçue comme une rencontre, un acte intime de communion et de communication extraordinaire : « Ta partie intime, ta partie de...une relation sexuelle c'est une communion que tu vis avec l'autre, un amour que tu partages » (9F, 67). Ces moments de communion sexuelle ou non sexuelle apportent l'ultime sentiment de bien-être et de bonheur : « Pour moi, c'est extraordinaire. C'est vraiment extraordinaire c'est que [rires] T'sais euh... ça c'est vraiment un acte de communion, de communication-communion » (11F, 65).

Le sens de la sexualité est dans la présence, le jeu d'explorer ensemble sans attente ni but. Il ne s'agit « pas à tout prix de chercher la jouissance... non » (10F, 66). Pour ces personnes, le sens de la sexualité est à l'antithèse du répertoire génital. Une participante qui a confié vivre enfin une sexualité de rêve a élaboré sur le sens qu'elle donne à la

sexualité :

Ce qui a un sens c'est que...y a une présence. Moi c'est ça, peu importe comment on se touche. C'est qu'on est présent à ça. On est en train de de jouer, d'explorer ensemble et c'est infini ça. C'est... donc wow. Bon. C'est euh... si y'a pas cette présence là pour moi la sexualité pour faire l'amour, ça pas beaucoup de sens. Y'a comme un état de disponibilité. Donc, il faut comme que les deux aient envie de jouer. Les deux aient envie de se surprendre dans ces actes-là (11F, 65).

Outre la communion dans l'acte sexuel, les participants ont aussi mentionné l'importance d'une connexion, une chimie, une complicité ou une connivence dans la vie sexuelle et l'identité de couple : « C'est vraiment qu'on est complice qu'on forme un couple. On n'est pas deux éléments d'un couple. On est un couple » (14H, 66);

Il faut quelque chose qui ...vibre au même diapason là. Si ce n'est pas là, ça devient un acte ben mécanique ça. Et moins intéressant. Vraiment. Je veux dire moi ça m'intéresse vraiment pas. Donc, il faut qu'il y ait une chimie. Je me dis les personnes âgées qui vieillissent bien et moi je pense qu'ils ont encore la chimie. Donc là, quand ils se touchent, c'est sûr que c'est très agréable (11F, 65).

Une participante a raconté comment son couple a survécu à la maladie de son conjoint par une solide fondation construite entre autres par la communion sexuelle, ou ce qu'elle appelle une sexualité sacrée :

Pis moi ça toujours été sacrée ça la sexualité. La belle sexualité. Mon conjoint aussi. On s'entendait bien [...] Parce que t'sais quand tu fais l'amour pis tu t'aperçois que ton conjoint, tous tes chakras sont [bruit d'alignement] enlignés là [rires]. Pis tu t'aperçois que y a quelque chose qui devient même spirituel. C'est d'âme à âme... que tu communique quand t'es dans des relations sexuelles pis que tout est harmonieux. Ben en tout cas je peux dire que j'ai connu [...] Mais c'est comme, c'était tellement fort là, que c'était plus que physique. Pis mon conjoint ressentait la même affaire. C'est peut-être pour ça que c'est une chose j pense que c'est beaucoup ça qui a fait qu'on s'est investis dans la maladie. Oui, parce que personne passe ça si t'es pas solide (8F, 65).

La communion/connexion est la sexualité à son meilleur, un acte intime de communion et de communication qui apporte l'ultime sentiment de bien-être et de bonheur. Le sens de la sexualité n'est pas dans le but mais dans la présence, le jeu et

l'exploration à deux, dans la connexion ou la connivence qui unit l'homme et la femme.

Malheureusement, la sexualité à l'âge avancé n'est pas que communion, amour ou relations sexuelles performantes. Le vieillissement accompagne aussi des pertes sexuelles chez l'homme comme chez la femme.

3.1.5 Les pertes sexuelles

Le thème des pertes sexuelles se divise en trois catégories : problèmes masculins, problèmes féminins, ainsi que la perte des relations sexuelles.

Les problèmes fonctionnels chez l'homme : les difficultés érectiles

Chez l'homme, les problèmes sexuels exprimés ont tous porté sur les difficultés érectiles. Les hommes se sont montrés préoccupés par leurs capacités érectiles puisque, comme une participante l'exprimait, « c'est l'ego de l'homme hein qui est en jeu » (9F, 67). Un homme a expliqué l'effet d'un épisode de problème érectile sur sa confiance à recommencer l'acte sexuel :

Un moment donné euh...oups, pouk! Soudainement comme ça, ça marche pas.... Ben voyons! Ben là euh...évidemment c'est gênant... pour un gars c'est très gênant. Très gênant merci [...] Pour l'homme quand qu'il y a un échec une fois là, ça joue sur le...sur l'inconscient c'est incroyable. En fin sur moi là... Est-ce que je vais encore...ou est-ce que ça va m'arriver encore? En fait, moi ça m'a angoissé beaucoup (7H, 65).

Lors de l'entrevue, un des participants vivait des problèmes érectiles assez graves pour ne plus du tout arriver à avoir de relations sexuelles avec sa conjointe. Il a commencé l'entrevue par ces propos : « Depuis un an, j'ai des problèmes érectiles. Puis ça évolué beaucoup durant un an. Là j'ai des gros problèmes érectiles » (6H, 65). Désespéré d'en être rendu là à l'âge de 65 ans, il met le problème exclusivement sur ses antécédents

génétiques et sa santé physique :

Je réalise que je vieillis rapidement. J pense que c'est héréditaire. Mon père, mon père est mort à 74 ans. Ça faisait longtemps qui était vieux quand yé mort. C'est peut-être juste ça. Disons physiquement, j'suis pas très fort. Évidemment j'ai travaillé dans un bureau toute ma vie. Mon corps et mon esprit vieillissent surement trop vite à mon gout (6H, 65).

Les problèmes féminins : insatisfaction, problèmes orgasmiques et douleur

Si les rapports sexuels sont majoritairement synonymes de plaisir et de satisfaction, il n'en est pas toujours ainsi. Dans le présent échantillon, deux participantes et un participant qui parle de sa femme ont rapporté ne pas éprouver de plaisir : « Puis elle voudrait me faire plaisir. Peut-être plus pour ça qu'elle aimerait ça. Parce qu'elle ne ressent pas vraiment de plaisir là physique (6H, 65); « T'as pas de satisfaction, t'as pas de plaisir. C'est plus répugnant que d'autre chose dans le fond » (9F, 67); « J'ai beaucoup de misère à jouir. Beaucoup, beaucoup, beaucoup. Tu as beau faire n'importe quoi. Je vais dire comme on dit, là, je pense que je vais mourir tellement que j'essaye puis que ça ne marche pas » (2F, 73).

Plus tard dans l'entrevue, cette participante a admis avoir eu divers problèmes de santé physique et sexuelle qui pourraient expliquer son incapacité à parvenir à l'orgasme, soit de l'incontinence anale et des vaginites :

Tu l'oublies (l'accouchement) mais pas le 27 points de suture, puis de m'asseoir sur un beigne, en revenant de l'hôpital, c'était dur. Puis aujourd'hui, j'ai des séquelles de ça. Je fais de l'incontinence anale. Ou bien, des fois, tu ne peux pas le faire parce que tu as une petite vaginite (2F, 73).

Sans avoir de gros problèmes à ce sujet, une participante a constaté ressentir des douleurs lors de la pénétration :

J'ai comme pas le plaisir de jouir comme je voudrais parce que physiquement, le fond de la paroi utérine est très très mince, fragile donc sensible pis c'est sec donc si j'ai pas le temps de me préparer comme il

faut... Interviewer: Ça fait mal. Participante 10 : Ça me fait mal pis euh, pas de fun à avoir là, si on peut dire le mot fun (10F, 66).

Les problèmes sexuels rapportés se résument donc, chez l'homme, aux problèmes érectiles qui semblent fragiliser leur ego alors que chez la femme, il s'agit surtout de problèmes d'anorgasmie ou de douleur. La perte la plus importante et la plus difficile à accepter reste néanmoins la perte des relations sexuelles.

La perte des relations sexuelles et ses effets

La perte des relations sexuelles, qu'elle soit réelle ou potentielle, est au cœur des préoccupations des aînés interviewés; en effet, six d'entre eux en ont discuté. Cette perte peut être très difficile à envisager ou à vivre si la sexualité est très importante pour le bien-être du couple :

Je souhaite pas ça à personne de vivre ça non plus. Parce que c'est sûr qu'il y a un vide là [...] Parce qu'au début je me suis pensée...je pensais que j'étais folle [...] Mais je te dis pas que lorsqu'au début début là. J'ai pleuré beaucoup. J'ai pleuré beaucoup beaucoup beaucoup (8F, 65);
Pour le moment oui, c'est très difficile. J'ai tellement aimé ça. Pis j'aimerais tellement ça encore. Pis on a le temps [rires]. C'est ça qui me choque, on a le temps. Les soirées sont longues t'sais, c'est très décevant (6H, 65);

La perte des relations sexuelles peut être cependant bien vécue si celles-ci n'ont jamais été importantes ou dans certaines circonstances particulières comme un accident, un deuil ou une maladie. Cette dernière participante a renchéri :

Ben là si c'est par cause soit d'accident ou de maladie... J pense que c'est peut-être pas la même chose que si un jour on se désire plus l'un l'autre là. [...] Le premier enfant qu'on a perdu là, ça été...pout! J'te dis pas qu'on s'est éloignés mais on n'avait comme, ça nous avait tellement fait mal que j'pense qu'on avait même plus le gout de le faire (10F, 66).

Pour cette autre femme, la sexualité n'a jamais été importante et elle a appris à exprimer son amour autrement sans problème :

Il faut que tu gardes quand même une atmosphère. Tu n'es plus capable, bien, tu vas exprimer ça par d'autres choses. Il faut, parce qu'autrement, si tu ne te regardes pas puis que tu te chicanes tout le temps, tu es aussi bien

de sacrer ton camp [rires] (2F, 73).

3.1.6 Le bien-être sexuel

Le bien-être sexuel

Le bien-être sexuel est une composante de la sexualité, son sens fondamental et son but, et est défini par deux thèmes : la satisfaction vis-à-vis de la vie sexuelle et les sentiments de bien-être et de bonheur.

La satisfaction de la vie sexuelle

Malgré les pertes pendant le vieillissement, la satisfaction de la vie sexuelle est encore possible. La satisfaction de la vie sexuelle, tant au plan physique que psychologique, contribue au bonheur en aidant le rapprochement, l'ouverture, la communication, la tendresse et l'affection. Selon les participants, la satisfaction physique dépend du plaisir physique ressenti ainsi que de la fréquence des rapports sexuels, alors que la satisfaction psychologique vient de l'intimité affective ressentie. La satisfaction de la vie sexuelle est exprimée avec de multiples qualificatifs : « Présentement je vis ce que j'aurais toujours voulu vivre en se...au niveau sexuel » (11F, 65); « Ben oui. Au point de vue sexe avec mon conjoint je suis au ciel, c'est vrai, hein [rires]. Et, je pense que lui aussi [rires] » (15F, 72). Pour un participant, la vie sexuelle a permis d'empêcher « au moins un des deux sinon les deux (personnes du couple) de faire des vieux grognons [rires], faire des vieux chiâleux » (14H, 66).

La satisfaction de la vie sexuelle comporte le sous-thème de la *satisfaction physique*. La satisfaction physique comporte deux volets : le plaisir physique de même que la satisfaction quant à la fréquence des rapports sexuels. Près de la moitié des participants,

soit 7 sur 15 ont mentionné l'importance des sensations de plaisir physique. Selon ces participants, le plaisir obtenu par le toucher, les sensations sexuelles jusqu'aux orgasmes donne un sens à la sexualité tout en contribuant à la satisfaction sexuelle et au bien-être. Le plaisir du simple toucher réfère davantage à l'intimité affective qu'aux sensations sexuelles : « On s'aime c'est ça qui est important...on se colle pis c'est ça là » (12F, 78); « Quand il va travailler, il va me prendre dans ses bras » (1F, 67); « Me semble que c'est plus plaisant pour moi ça de de de...caresses pis on se colle ensemble on se couche on se colle ensemble pis » (9F, 67). Un participant a décrit la place du toucher et de la proximité physique dans sa vie sexuelle :

Si on parle d'un point de vue uniquement sexuel là c'est les caresses (l'important), du matin et du soir. Je pense que c'est un peu comme euh, le mortier entre les briques. C'est ça qui tient tout l'ensemble oui [rires]. Me semble si t'as pas de contact physique t'as pas quelque chose qui vient cimenter tout ça, il va manquer quelque chose [...] La proximité physique est importante. Il me semble que c'est le crème sur le gâteau à la fin d'une journée (14H, 66).

Le plaisir physique provient aussi du plaisir ressenti lors des relations sexuelles, plus précisément de la génitalité. Une participante a été très explicite à ce sujet :

On dirait que, quand il rentre, là, ça... ça... ça dilate. Mais nous autres, c'est de même : là, ça dilate là, puis c'est là que t'aimes [rires] [...] Je pense que ça glisse, ça fait pas mal, ça glisse, et tu sens très bien le serrement que ça fait sur son pénis et sur mon vagin aussi, c'est vraiment bon [...] Oui, je t'assure que c'est bon. Vraiment, ça prend toute ton corps, ça prend toute ton corps. C'est de toute beauté (15F, 72).

Même si peu de participants l'ont mentionné clairement, l'orgasme reste le but attendu aux relations sexuelles : « C'est sûr que la sexualité c'est aussi la jouissance » (10F, 66); « C'est satisfaisant pour moi, vraiment. J'atteins l'orgasme. Ah! oui! » (1F, 67) ; « j'ai toujours... j'ai toujours un orgasme, et je pense que mon épouse... que mon épouse aussi » (4H, 66).

Si la satisfaction physique n'est plus toujours aussi primordiale en vieillissant, ils ont

tout de même mentionné l'importance d'une satisfaction en ce qui regarde la fréquence de leurs relations sexuelles, quelle qu'elle soit. Certaines participantes ont exprimé l'importance de respecter leurs besoins sexuels et de ne pas se sentir forcées : « Ouais, des relations sexuelles on n'a...je te dis pas qu'on en a à tous les jours-là. Pis même t'sais...même à tous les jours ça doit être rare. Moi, je ne suis pas forcée à en avoir pis lui non plus il se force pas [...] Il n'y en a pas de vide » (12F, 78);

Il a encore la libido, mais elle n'est pas comme à 20 ans lui non plus là. T'sais, ça peut être aux deux semaines, aux trois semaines, quelque chose comme ça. Et, puis, c'est correct pour lui aussi. Ça ne me fait pas souffrir, là, absolument pas, là. Lui non plus, il dit qu'il n'en souffre pas, c'est correct comme ça. Si il en a le gout, il va faire que, il va faire les avances, et ça va se faire » (1F, 67).

Pour d'autres, la continuité de relations sexuelles au moins hebdomadaires est ce qui amène le bonheur : Mais on passe pas la semaine, tu comprends, c'est le bonheur » (15F, 72); « Réellement je me sens comme un p'tit jeune de 20 ans aujourd'hui » (3H, 78).

L'autre composante de la satisfaction sexuelle est la *satisfaction psychologique*, qui provient de l'intimité affective du couple pendant et en dehors des relations sexuelles, dont la satisfaction de faire plaisir à l'autre, en particulier de la part de la femme : « Oui, c'est collé, c'est sincère, on se couche après ça, un à côté de l'autre, pis on se serre, humm. C'est vraiment bon, c'est vraiment bon. Alors, moi je suis contente de ça, je ne dis jamais non (voix grave et très basse) » (15F, 72); « Bien, ça faisait un... un complément. Des fois, tu te sentais, là... Bien là, il t'aime, là, T'sais, puis j'espère que ça va continuer » (2F, 73).

Une participante a expliqué comment la satisfaction psychologique est plus importante que la satisfaction physique en comparant la satisfaction sexuelle à de la nourriture:

Si j'ai pris un repas, ça me suffit, c'est correct. Ben, là, tu veux me faire

remanger là, ben, là, je vais remanger si ça peut te faire plaisir là. Mais, je ne remangerais pas et puis ça serait correct là, tu m'as déjà donné à manger là, au niveau de la tendresse et puis de l'affection. Tu comprends, au niveau de la tendresse et de l'affection. Mais en avoir de la tendresse pis de l'affection par exemple, ça c'est important (1F, 67).

À la question « qu'est-ce que vous diriez que ça apporte dans votre vie, votre vie sexuelle? » les participants ont répondu : « L'amour. Oui. Ah! Mon Dieu! Beaucoup » (15F, 72); « C'est plus d'amour... Je pense que c'est ça, t'sais on... on s'estime de plus en plus, on aime faire des choses ensemble pis... ouin alors je pense que c'est surtout ça, la joie de vivre t'sais.... mais tout ça c'est relié à l'amour » (3H, 78).

L'analyse des entrevues de l'étude a donc révélé que la satisfaction de la vie sexuelle dépend du plaisir ressenti par les contacts intimes, par le respect des besoins et désirs pour les rapports sexuels et des sentiments d'amour, de tendresse et d'affection.

L'autre thème composant le bien-être sexuel pendant le vieillissant est le *bien-être et le bonheur*. Tous les participants ont mentionné un lien rétroactif « indissociable puis nécessaire » (7H, 65) entre leur vie sexuelle et leur bien-être et bonheur conjugal et général. Leur bien-être et leur bonheur conjugal se manifestent par le sentiment d'être heureux, bien avec soi-même et avec l'autre, amoureux, libre, en harmonie, heureux en couple, heureux dans les petites choses simples de la vie : « Je suis bien heureuse, t'sais, ça là, je pourrais te parler toute l'après-midi [rire] » (15F, 72); « On s'aime on est heureux et tout ça. T'sais on vieillit pis on est heureux. On est heureux tous les deux » (12F, 78); « On est heureux ensemble, oui, on est très heureux ensemble. Oui. Pour moi, être heureuse, c'est pas d'avoir des millions, eh, c'est pas d'avoir eh, on a une belle maison, c'est vrai (1F, 67); « Disons qu'en général, je dirais une chose c'est que...j'me sens bien avec moi-même, je me sens bien dans ma vie de couple » (7H, 65);

Parce que moi j'ai toujours prié pour que si j'avais quelqu'un dans ma vie, que se sera quelqu'un pour moi. Et là aujourd'hui j'ai quelqu'un pour moi.

On s'est rencontrés, puis eh, on a les mêmes visions de la vie : être bon avec notre entourage, être généreux aussi, autant physiquement, de rendre service, que monétairement, j'ai un homme pour moi (l'air décidé) (1F, 67).

Enfin, six participants ont souligné l'importance d'un milieu de vie agréable à la retraite pour avoir une vie sexuelle agréable, c'est-à-dire de se sentir bien et heureux dans leur maison et dans leur vie en général : « Elle rêvait d'une place comme ça, pis ça fait 15 ans qu'on en cherche une, pis qu'on...enfin ça prit 15 ans avant de le réaliser. Pis est contente, c'est elle qui voulait habiter ici... Ça fait qu'elle est bien heureuse Elle est encore plus disponible [rires] » (6H, 65).

En conclusion, la sexualité des aînés contient six thèmes distincts : la valeur et la place de la sexualité, le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/ connexion, les pertes sexuelles et le bien-être sexuel. Ce dernier thème comprend deux sous-thèmes; la satisfaction sexuelle et le bien-être et le bonheur. La prochaine section couvre les conditions les plus favorables au bien-être sexuel et à l'actualisation sexuelle à la retraite.

3. 2 Conditions favorables au bien-être sexuel

Le second arbre schématique illustrant le thème majeur des conditions favorables au bien-être sexuel pendant le vieillissement (voir Figure 5) contient deux thèmes majeurs, les conditions antérieures et les conditions actuelles. Le thème des conditions antérieures est subdivisé en trois sous-thèmes : l'éducation familiale, l'éducation religieuse et les relations précédentes. Le thème des conditions actuelles, quant à lui, est subdivisé en quatre sous-thèmes : les valeurs fondamentales, la retraite, le rapport au corps et la santé.

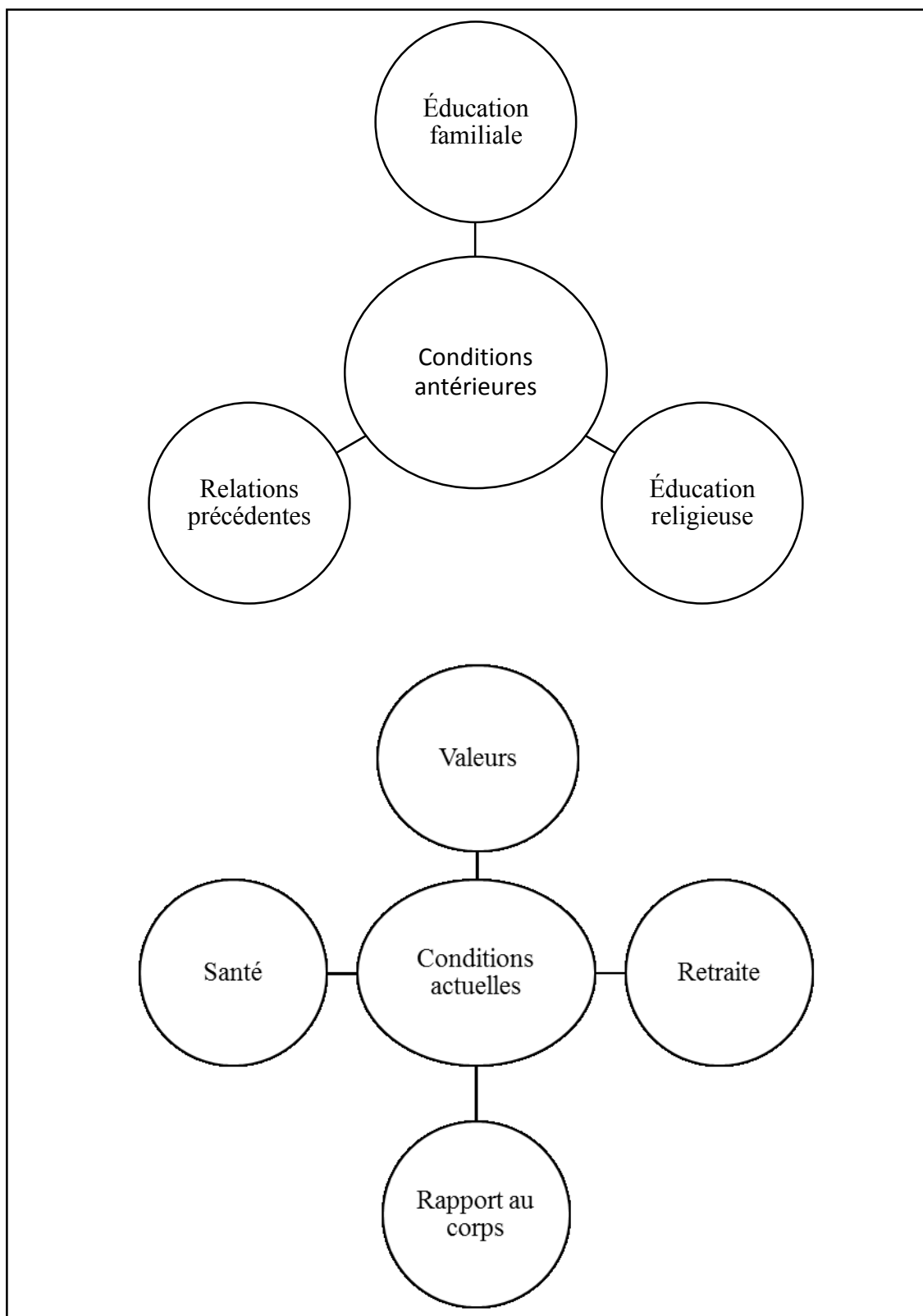


Figure 5 Schéma final des conditions favorables au bien-être sexuel des aînés.

3.2.1 Les conditions antérieures

Les aînés interviewés ont identifié un certain nombre de conditions appartenant à l'enfance ou à l'âge adulte ayant influencé leur vie sexuelle actuelle. Ces conditions se divisent en trois thèmes majeurs : l'éducation familiale, l'éducation religieuse, ainsi que les relations précédentes.

L'éducation familiale; des modèles parentaux et de relation de couple

Les aînés interviewés ont rapporté avoir eu soit une belle enfance, soit une enfance difficile, les deux ayant eu un impact sur leur vie de couple future. Quatre participantes ont relaté avoir connu une belle enfance, des parents doux, attentionnés et amoureux : « On doit beaucoup à nos parents. Nos parents c'est un modèle... pour nous autres. Ouan, t'sais des discordes pis des chicanes, j'ai jamais vu ça chez nous » (12F, 78); « Je suis chanceuse d'avoir plus de bons moments à me souvenir que des mauvais moments. Il n'y en a pas un dans la famille qui peut dire que c'est... qu'il y a eu des mauvais moments dans la famille » (15F, 72). Bref, les participants ont évoqué l'importance d'avoir eu une belle enfance et des parents qui ont été des modèles pour leur vie de couple future.

Ces participants ont manifesté leur bonheur d'avoir grandi dans une famille où les parents étaient amoureux. Ils ont mentionné avoir vu leurs parents échanger des baisers et des caresses. Dans deux cas, les participantes ont même eu connaissance que leurs parents avaient eu une vie sexuelle active : « Maman a lavait la vaisselle, je voyais papa aller lui donner un bec dans le cou, une petite tape sur les fesses là t'sais. Ça j'ai vu ça, d'eux-autres [rires]. Ouais. Ça j'ai vu ça beaucoup de papa » (9F, 67);

Daddy allait s'appuyer sur le poêle quand que le bois n'était pas là. C'était signe qu'il voulait du sexe [rires]. Ah! Là, là. Nous autres, on ne le savait pas qu'est-ce que c'était que ça, l'amour [rires]. Mais on riait... [rires]. Puis même, des fois, on cognait à la porte [rires] (15F, 72).

Ce n'est pas tous les participants qui ont eu un bon départ pour développer une relation de couple harmonieuse et une sexualité épanouie. Trois d'entre eux ont mentionné ne pas avoir eu de parents présents ou avoir eu des conflits avec un des parents, comme dans cet exemple où la femme n'a pas appris à prendre sa place auprès de son futur conjoint:

Moi j'ai eu des gros conflits avec mon père (pause). Des gros conflits, eh, je pense que j'avais juste 5-6 ans, pis je me disais, moi eh, aussitôt que je vais être capable de quitter la maison, je vais quitter la maison, j'suis pas bien ici [...] C'était un homme qui était (pause) très dur physiquement. Eh, il donnait des bonnes volées [...] Alors, je le détestais. Je le détestais au plus haut point. J'ai continué à grandir dans ça. Et j'ai pas été capable de relever la tête avec mon premier conjoint. Il aurait fallu que je le fasse, mais je l'ai pas fait. (1F, 67).

Six des aînés interviewés ont déclaré ne pas avoir eu, dans l'enfance, de modèles de relation de couple parce qu'il s'agissait d'un sujet caché, tabou, relié à la religion. Des aînés ont rapporté avoir eu une mère qui se soumettait à leur père, tel que l'exigeait l'Église catholique :

Maman est restée très pieuse [rires]. C'est elle qui menait à la maison parce que les hommes travaillaient 6 jours par semaine, c'est incroyable comment est-ce que ça pouvait travailler. Alors on les voyait pas, alors c'est moman qui nous a élevés avec une servante! (3H, 78);

Pis y a ma tante qui est religieuse aussi que je regardais faire en parallèle de sa vie. Moi je croirais que je suis quand même une femme un peu de sacrifice là...comme maso? [rires] (8F, 65).

Ces exemples et modèles de relations de couple semblent s'être imprégnés jusqu'à l'âge adulte puis pendant le vieillissement. L'éducation religieuse, provenant entre autres de la famille, a pour une part été un carcan pendant une bonne partie de leur vie.

L'éducation religieuse : un carcan dont il est difficile à se départir

Pendant l'enfance, la sexualité des aînés était taboue et cachée, et les témoignages des aînés ont montré qu'elle le reste encore. Les participants ont tous exprimé l'idée que la sexualité est taboue, privée, personnelle, confidentielle. Il leur est difficile de parler de leur vie sexuelle, que ce soit avec leur conjoint, leur famille ou leurs amis : « Pour être franche, c'est quelque chose qu'on ne jase pas vraiment. On n'en parle pas de ça. C'est encore eh, c'est comme eh, personnel, confidentiel, eh, on n'en parle pas entre nous autres (1F, 67). Quand les participants ont mentionné en parler avec les autres, c'était surtout dans un contexte de problèmes sexuels «J'en avais déjà mentionné au médecin. J'avais trouvé ça gênant » ou «Ben on en parle pas on n'a pas de problème » (9F, 67).

La sexualité reste donc un sujet tabou, caché, tel qu'il était dépeint par la religion du début du siècle dernier au Québec. Les notions de péché et de culpabilité étaient très présentes dans leur éducation religieuse, et ce chez tous les participants :

On était en état de péché tout le temps [...] La masturbation, ça allait détruire votre intelligence. T'allais avoir tout plein de choses dans les mains.
Interviewer: Le faisiez-vous quand même? Participant 3: Ah ben oui, on était pas capables de s'en empêcher (3H, 78).

La sexualité était alors considérée comme quelque chose de sale ou purement comme un moyen d'avoir des enfants, où la femme devait répondre, non par plaisir mais par devoir, au désir sexuel de l'homme. Leur connaissance de la sexualité se limitait à « la pénétration d'un gars... sur une femme. C'est ça » (13H, 70) :

On ne savait rien. On l'a appris sur le tas [rires] [...] Mais le petit peu qu'on avait appris, ça se résumait à l'acte. Pis l'idée de partage, l'idée de partage là t'sais les femmes ne savaient même pas qu'elles avaient le droit d'avoir du plaisir [rires]. C'était pêché. On faisait ça vite vite vite en lièvre pis envoie. C'est de même qu'on l'avait appris (14H, 66);

Tu vas comme subir, tu vas faire comme ok on va faire que ça passe à autre chose [rires]. C'est ça au fond. Je voyais ma tante, mes tantes, eux autres là t'sais qui disent : - ah on se serait passé de ça. -ok... hmm, ça veut dire que vous n'avez pas eu beaucoup de plaisir. Pis ça se faisait comme...ok la femme doit être...doit répondre au désir de l'homme. Faque ils étaient là-dedans eux-autres, dans la religion là (11F, 65).

Paradoxalement, la plupart des participants nient l'impact de la religion dans leur vie sexuelle actuelle ou espèrent s'en être débarrassé. À la question : Est-ce que vous pensez que vous êtes encore affecté par la religion? Les aînés ont typiquement répondu avoir beaucoup cheminé et s'être détachés avec le temps des contraintes de l'Église, que ce soit via la révolution féministe, les cours du troisième âge ou à l'aide de thérapie :

Nous on a comme brisé ça là la petite révolution des années 70! Où on s'est dit le droit au plaisir, droit à laisser notre corps libre et tout ça. T'sais on était là-dedans, on est ces fruits-là nous autres. Oui, oui d'être bien, d'être fière de notre corps, d'être oui... et de pas être au service de, ne pas être esclave de, de pas répondre d'abord aux services de l'autre (11F, 65);

Ma propre génération, je trouve qu'on s'améliore beaucoup. Plusieurs personnes ont le même problème que ma femme avait (culpabilité, honte). Mais on est plus au courant aujourd'hui. On est plus ouverts. Je regarde, T'sais il y a le 3e âge. Il y a plusieurs conférenciers qui parlent de gériatrie. Même la fonction sexuelle (3H, 78).

La sexualité reste un sujet caché et tabou, les aînés n'en parlent pas à moins d'avoir un problème de taille. L'activité sexuelle proprement dite est encore conceptualisée et vécue comme étant la pénétration de la femme par l'homme : « Je propose et ma femme dispose » (5H, 80). Tous les participants de l'étude ont été élevés dans la religion catholique, et tous ont lutté et se sont distanciés, dans une certaine mesure, des dictats de l'Église, entre autres par rapport à la sexualité. La révolution féministe des années 1970, l'existence de cours sur la fonction sexuelle ont contribué à cette distanciation. Dans certains cas, avoir eu d'autres relations avant celle qu'ils vivent présentement a aussi eu un effet sur le développement de leur sexualité.

Relations précédentes : blessures reliées à l'infidélité

Plus de la moitié des participants avaient connu un mariage ou une union précédente. Ces participants n'ont pas nécessairement connu un bien-être sexuel supérieur aux couples qui n'ont connu qu'une première union. Par contre, avoir eu une union précédente a un impact non négligeable sur le bien-être sexuel futur. Le fait d'avoir vécu précédemment une ou des relations pas tout à fait satisfaisantes, voire très difficiles sexuellement, a amené les aînés interviewés à mieux se redéfinir ainsi qu'à mieux cibler leurs besoins et désirs pendant le vieillissement. Une femme avait eu un mari ayant des problèmes d'éjaculation précoce, donc une vie sexuelle quasi inexistante. D'autres participants avaient connu, dans une union précédente, beaucoup de résistances sexuelles, entre autres en lien avec l'Église : « Hein alors... c'est cette partie-là que je trouve très très différente. Et elle fait des choses que JAMAIS (sa défunte épouse) n'aurait fait [rires] Comme se promener nue » (3H, 78). Enfin, deux aînés ont connu des infidélités et ont dû cheminer pour arriver au bonheur dans une nouvelle relation. Cette histoire en est un exemple évocateur :

Au niveau sexuel, là, c'était encore un fiasco! [...] Je ne pouvais pas avoir confiance en un homme. Il avait encore une maîtresse! C'était plus vivable, ça (1F, 67) [...] Pis, je te dirai même, que j'ai toujours remercié d'avoir eu mon premier conjoint dans ma vie, parce que ça m'a faite énormément grandir. Pis, quand je suis allé en psy j'ai grandi, là, crois-moi! Elle m'a fait comprendre des choses, elle m'a enseigné des choses. Pis aujourd'hui, je m'en sers dans ma vie. T'sais à un moment donné tu as le choix de t'en sortir ou périr, qu'est-ce que tu choisis? (1F, 67)

C'est ainsi qu'en ayant vécu des expériences d'infidélités avec un premier mariage, ou simplement un mariage ou une union peu satisfaisante aux plans sexuel et amoureux que la moitié des aînés interviewés ont trouvé une nouvelle personne pour refaire leur vie.

Une personne qui leur permette de vivre une vie sexuelle remplie, sans résistance, comme ils l'avaient rêvé toute leur vie durant.

3.2.2 Les conditions actuelles

La figure 5 montre que plusieurs conditions présentes depuis la retraite jouent un rôle important pour une sexualité épanouie pendant le vieillissement: les valeurs fondamentales, la retraite, le rapport au corps et la santé.

Les valeurs fondamentales : l'authenticité, la confiance, le respect et la fidélité

Les participants ont souligné la grande importance des valeurs d'authenticité, de confiance, de respect et de fidélité comme base à leur vie de couple et leur vie sexuelle. Cinq des participantes ont particulièrement souligné l'importance de l'authenticité dans leur vie sexuelle. Elles ont dit être capables de prendre des décisions authentiques dans leur vie de couple et leur sexualité avec le risque de se faire rejeter. Cette authenticité leur permet de vivre leur sexualité comme elles le sentent et le désirent, dans toute la singularité de leur vie et de leur corps vieillissant :

Quand tu es vraie là, t'es authentique, je pense que ça amène beaucoup de bien, de bonnes choses vers toi [...] C'est personnel à 100 miles à l'heure. Ce qui est bon pour moi, est pas bon pour toi. Bien fais-le pas! Si t'aimes pas les Rice Krispies, t'en manges pas hein? C'est la même chose moi je pense. [rires] (8F, 65).

Les valeurs de confiance, de respect et de fidélité sont indissociables selon les participants et sont des prérequis à leur bien-être sexuel. Les participants ont mentionné la grande importance du respect de soi-même et de l'autre dans l'amour : « Là, si tu veux

être respecté il faut que tu te respectes toi-même » (10F, 66). La fidélité est d'ailleurs une marque de respect envers son ou sa partenaire : « C'est une question d'honnêteté et de fidélité, tu peux pas fricoter avec tout le monde pis en même temps être correct envers la personne avec qui tu es » (7H, 65). Une participante a expliqué comment, d'après elle, la confiance entraîne la fidélité et la liberté :

La fidélité oui ben en tout cas pour moi c'est important puis j'pense que la confiance amène peut-être la fidélité. Regarde : j'm'en vais chez mes chums en Floride pendant 2 semaines. Ben là ben il est content pour moi que je parte, ça fait que, ça veut dire que... il me fait confiance. Puis il sait qu'il peut me faire confiance, pis moi de mon côté, c'est la même chose [...] La fidélité c'est pas un carcan...pis euh la fidélité c'est aussi la liberté. Ça... ça veut pas dire que je suis libre de m'en aller pis d'aller vivre ma sexualité avec n'importe qui quand je l'entends. Mais ça veut dire qu'en étant fidèle, la confiance est là pis, j'suis libre, j'sais que...j'me sens libre de faire ce que j'ai envie de faire, sans tromper mon conjoint. La définition de la fidélité ben pour moi c'est ça. J'suis fidèle, donc j'sais que mon mari va me laisser partir en toute confiance pis de mon bord, j'sais que moi aussi j'peux le laisser partir en toute confiance parce que je sais qu'yé fidèle (10F, 66).

Le lien de confiance, quant à lui, est à la base de la fidélité, du plaisir et de la relation conjugale. Un participant utilise des métaphores parlantes pour illustrer ces valeurs pour son couple :

La question de respect envers l'autre, la question de confiance en l'autre ça fait partie de la base ça. Moi je crains pas d'être volé par ma conjointe pis elle ne craint pas que je la vole non plus. C'est aussi banal que ça là. Puis je lui dis la vérité, elle me dit la vérité. Donc ça là, c'est ça que j'trouve à peu près immuable. Si on commence à jouer avec ça là...on n'en sort pas. Sinon c'est toute la maison qui s'écroule [...] Vous savez l'amour, c'est comme, c'est comme du cristal...hein? Si vous le brisez, c'est comme quand je parle du lien de confiance aussi là, si vous le brisez, il se répare plus. C'est fini. On recolle pas une coupe qui est cassée. On la jette (7H, 65).

L'authenticité, la confiance, le respect, la fidélité ainsi que la liberté sont toutes des valeurs qui représentent le solage de la maison, comme le dirait le participant 7. Ces

valeurs sont immuables et permettent le développement d'une saine relation amoureuse et sexuelle.

La retraite

Selon 13 participants sur 15, la retraite offre un cadre de vie plus détendu qui peut permettre de libérer plus de temps pour la vie de couple et la sexualité : « Tout d'un coup on se rapproche carrément. Et la retraite permet de fonctionner... ensemble » (13H, 70);

Là ben t'es à la retraite donc t'es comme pas pressée, pis le matin, tu peux paresser un p'tit peu plus au lit si jamais t'as envie de faire l'amour, de passer à l'acte. De ce côté-là, depuis la retraite pis même en vieillissant j'me rends compte que c'est...plus relaxe là t'sais. Moi j'aime mieux ça. C'est comme plus tendre, c'est plus bon. Plus de temps aussi là t'sais. (10F, 66).

Une majorité de participants ont donc fait mention, à la retraite, d'un rapprochement du couple, de plus d'activités de couple, d'une relation plus détendue, moins pressée. Toutefois, une participante a souligné des cas dans son entourage où la retraite ne favorise pas du tout la vie amoureuse et de couple :

Donc oui y'a une part de temps qui est là mais je connais du monde que c'est très remplis à la retraite. Ils se remplissent ça mur à mur [rires] pis ils sont débordés à la retraite. Donc, il y a... il faut avoir envie de tasser des choses. C'est que...ça peut être vide la retraite aussi. Ça peut être frustrant, ça peut être démoralisant, ça peut être là t'es vraiment en face de ton miroir à la retraite là. C'est que... qu'est-ce qui t'a permis d'être en vie pendant... c'est ça qui continue (11F, 66).

Pour s'assurer que la vie à la retraite favorise la vie sexuelle des couples, il s'agirait surtout, finalement, de lui donner la place qu'on désire lui attribuer.

Le rapport au corps

Dix participants sur 15 ont rapporté la nécessité d'un rapport au corps qui soit positif. Le désir et l'attirance, même pour les aînés, est essentiel à la continuité de la sexualité : « Je suis sûre que je plais encore [rires] » (8F, 65); « J'ai encore beaucoup de désir (6H, 65) ». Sans le bien-être avec son corps et sa nudité, il y aurait donc des résistances vis-à-vis de l'autre. Comme une participante l'a expliqué :

C'est que dans une relation sexuelle tu te présentes à l'autre dans... ce que t'es, dans ta nudité donc si t'as pas ce bien-être-là, bien que je ne suis... pas très à l'aise non plus, y'a comme des petites résistances t'sais, quand t'es nue [rires] (11F, 65).

Six aînés ont révélé être insatisfaits, voire frustrés de leur corps ou celui de leur conjoint ou conjointe :

C'est aussi des hormones féminines, puis ça, ça lui a fait grossir, ça lui a donné des seins. Une affaire qu'il n'aime pas. Puis ça fait un petit plus de bourrelets alentour de la taille, il n'aime pas ça. Il en a quasiment des plus gros que les miens! [rires] (2F, 73);

On pourra vivre sans sexe j'pense, mais j'trouve que les filles à télé sont ben plus belles qu'elle. Sont de plus en plus belles. Interviewer : Ça doit être frustrant hein? Très frustrant (6H, 65);

J'vais te conter quelque chose de ben confidentiel. C'est qu'un moment donné on était euh... en train de se cajoler pis de faire l'amour, pis là un moment donné j'dis à mon chum : « ah j'm'aime pas... pis j'veieillis, j'toute frippée » (10F, 66).

Enfin quatre participants et participantes ont mentionné que leur conjoint et eux-mêmes se sentent bien avec leur corps : « Elle a 60 ans. Il y a des femmes qui ne sont pas contentes de vieillir parce qu'elles ont des rides. Elle, elle s'accepte telle qu'elle est [...] On est très à l'aise tous les deux » (14H, 66);

Les hommes aussi vieillissent hein. Les hommes ils se font un p'tit bedon pis nous autres ben on fait des rides. Pis...ça nous empêche pas de s'aimer

pareil, ça nous empêche pas d'être heureux pis de vivre notre sexualité là (10F, 66).

Bien que les participants aient exprimé de la tristesse, voire du dégoût pour la trop grande ouverture des jeunes et l'hypersexualisation des jeunes filles, une seule participante a consciemment fait le lien entre le phénomène d'hypersexualisation et sa propre désirabilité :

L'hypersexualisation, on dit c'est chez les jeunes, mais ça l'a des « *rebounds* » sur les femmes plus vieilles aussi, les femmes de 40-45-50-60-70 ans aussi. Parce que j'trouve que ça devient quasiment des femmes-objets, pis l'opinion que les jeunes ont des femmes ben c'est ça, pis qu'à soit jeune ou vieille, c'est la même affaire, là. Ça sert à se contenter mais c'est la sexualité c'est pas juste se contenter non plus. C'est oui se faire plaisir mais c'est aussi faire plaisir à l'autre là. Interviewer : Est-ce qu'une femme de 60 ans peut être encore désirable? Peut-être que pour les plus jeunes, on n'est pas désirables mais en tout cas, mais pour des personnes de notre âge, peut-être que oui hein? Faut continuer d'espérer [rires] (10F, 66).

La société contribuerait donc à faire des femmes âgées, tout comme des plus jeunes, des femmes-objets servant aux hommes à se satisfaire sexuellement. Bien que les femmes chercheraient à être encore désirables au-delà de 60 ans, elles font sans cesse face à des images de femmes beaucoup plus jeunes et sexy. Un rapport au corps positif est nécessaire à une sexualité épanouie et sans résistance, mais pas toujours atteignable dans une société où les femmes se retrouvent confrontées à l'hypersexualisation des jeunes filles. En effet, les aînés, et particulièrement les femmes âgées se retrouvent confrontées à l'identification de la sexualité à des corps jeunes et pleins de vitalité.

La santé : une bonne santé et forme physique, les problèmes de santé et la ménopause

Tous les participants de l'étude ont évoqué l'importance d'une bonne santé et une bonne forme physique pour la continuité de la vie sexuelle: « On est bien étonnés par ça.

Alors y'a pas un tit... on est chanceux, tout fonctionne normalement j'ai pas besoin de viagra moi là. [...] Ouin, ça fonctionne, j'pense c'est dû au fait qu'avec la santé est là, ça aide beaucoup (3H, 78).

Les problèmes de santé tout comme les symptômes de la ménopause ont amené des répercussions négatives sur la sexualité et la vie de couple de sept des couples âgés: « J'ai été obligé de prendre une route différente moi avec mon conjoint. Euh c'est la maladie qui a tout transformé mon être, et son être aussi et notre vie de couple aussi » (8F, 65); « On a eu certains problèmes, mais c'était, dans le fond peut-être à cause de la santé qu'on les a eus. Ça revenait d'un coup woup! À cause de l'influence du problème de santé, ça diminuait, ça remontait et là, ça va là » (13H, 70).

Les problèmes de santé ne causent pas nécessairement de problèmes sexuels. Quand ils ont été questionnés à ce propos, quatre aînés ont déclaré que la maladie du conjoint n'avait pas d'incidence sur leurs relations sexuelles : « Non. Pas du tout. On a ça dans la tête, le sexe [rires] » (15F, 72); « Pis yé cardiaque on fait attention (mais on continue) [rires] » (10F, 66).

La plupart des participantes (5 sur 8) n'ont pas vu beaucoup de changement dans leur sexualité suite à la ménopause : « Un p'tit peu...l'assèchement...la lubrification qui se fait moins rapidement. Mais j'peux pas te dire que ça m'a...la ménopause m'a dérangée vraiment (10F, 66) »; « Ouin, ben ...ça s'est fait en douceur de sorte que ça pas été...ça pas été un problème [rires] » (13H, 70). Au contraire, une femme a émis l'hypothèse selon laquelle la ménopause servirait de tremplin à l'abandon des relations sexuelles pour se conformer à la norme sociale :

Je crois pas que la ménopause vienne arranger les problèmes de communication pis de problèmes sexuels. Non. Non. Et de prétextes pour dire ok, c'est correct, on a fait notre part [rires]. Ou s'en aller selon les normes de la société, de dire regarde : c'est comme ça que ça se passe quand on vieillit (10F, 66).

Si la santé aide beaucoup à la fonction sexuelle, elle n'est ni suffisante ni essentielle à une vie sexuelle épanouie. La sexualité va bien au-delà de la fonction sexuelle, car la vie sexuelle « se vit dans la tête » avant tout. Il y a plusieurs conditions favorables à la sexualité des aînés, sur laquelle ils n'ont pas ou peu de contrôle. Même si ces conditions ne sont pas toutes présentes, les aînés sont aussi très efficaces quand il s'agit de trouver des stratégies à mettre en œuvre pour améliorer leur bien-être sexuel.

3.3 Stratégies favorables au bien-être sexuel

L'analyse a identifié deux thèmes principaux concernant les stratégies favorables au bien-être sexuel et à l'actualisation sexuelle : les stratégies relationnelles, et les stratégies sexuelles, chacun ayant son propre arbre schématique. La figure 6 illustre le thème des stratégies relationnelles qui regroupe trois sous-thèmes : la création d'un climat positif, la gestion des activités et du temps et la gestion des conflits.

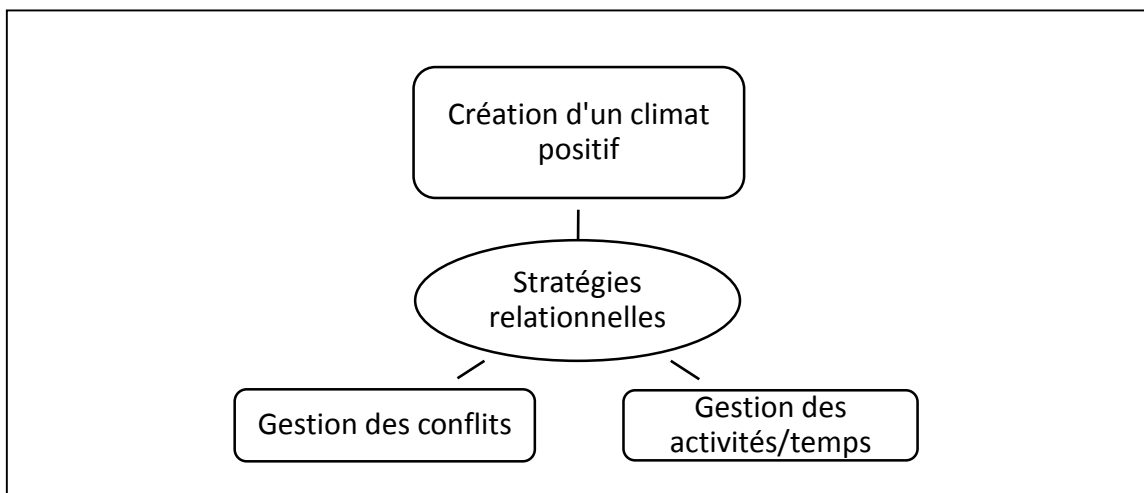


Figure 6 Schéma final des stratégies relationnelles du bien-être sexuel des aînés.

3.3.1 Les stratégies relationnelles

Les stratégies relationnelles permettent d’améliorer le bien-être conjugal mais aussi sexuel. Parce que, comme un participant l’a souligné, « si je ne suis pas amoureux d'elle et qu'elle n'est pas amoureuse de moi, bien ça marche pas » (5H, 80). Ces stratégies incluent la création d’un climat positif, la gestion du temps et des activités et la gestion des conflits.

La création d’un climat positif

Sept des participants interviewés ont souligné l’importance de créer une atmosphère positive dans la maison, qui soit propice au rapprochement et à une vie sexuelle plus intime. Cette atmosphère se crée avec les petits bonheurs quotidiens, par des démonstrations d’amour et une bonne communication non-sexuelle. Une relation de couple et une sexualité épanouie se préparent toute la journée, par des petits bonheurs ensemble, que ce soit de prendre un café ensemble, une marche main dans la main ou de

se coucher collés : « il faut que tu gardes quand même un certain... une atmosphère » (2F, 73);

Ça me prend une atmosphère euh, en tout cas pour être satisfaite quand je passe à l'acte là, ça me prend, comme j'te disais tantôt, l'atmosphère de la journée qui a été bonne [...] Mais, moi j'pense que les journées favorables là, y'a des belles journées là où ça aide à continuer de t'épanouir pis de peut-être plus vivre ta sexualité intensément là (10F, 66).

Démonstrations d'amour. D'après huit des participants à l'étude, cette atmosphère positive dépend de plusieurs types de démonstrations d'amour; tout d'abord par les marques d'affection, le toucher et la douceur, puis par des petites attentions quotidiennes, des petits cadeaux et en prenant le temps pour l'autre. L'amour se manifeste par de la tendresse et de l'affection : « Le matin, il va dire: "J't'ai-tu donné un bec?" Pis, là, il est assis et puis il me donne son bec avec un bonbon [rires] » (15F, 72); « on s'en va en auto, ou on attend qu'il y ait personne autour puis elle aime ça s'approcher puis... (geste de mettre la main sur sa cuisse) [rires] (3H, 78); « Interviewer: Donc chaque fois que vous finissez une journée, vous la finissez collés. Participante 12: Toujours. Ah oui, ça ça toujours finit collés [rires] (7H, 65); « L'approcher avec des mots plus doux, de la tendresse pis tout ça ben » (10F, 66); « À l'été, au début de l'automne aussi on a un berceur là, pis le soir on regardait les étoiles pis tout ça, pis on se donne la main puis moi je trouve c'est ça être bien » (12F, 78);

Un petit flottage ici, un petit flottage là [rires]. Habituellement je prépare son diner, mais arrive l'heure du souper, très souvent on le fait tous les deux ensemble. Mais euh...on est à proximité l'un de l'autre. La cuisine est pas grande hein? [...] Ça fait que... T'sais veut veut pas on se touche souvent sans le vouloir, mais des fois on fait exprès pour en mettre un peu plus (14H, 66).

Les participants ont révélé qu'ils montraient l'importance qu'ils accordent à leur conjoint en leur portant de multiples attentions quotidiennes. Que ce soit avec des petits

cadeaux, des repas préparés avec amour, des petits services ou simplement d'être à l'écoute, ces attentions permettent d'adoucir le quotidien, d'améliorer la qualité de leur relation et de se sentir valorisé: « Des petites attentions. Là, je me sens importante » (1F, 67);

Quand on a fini de déjeuner, après elle prend ses mots croisés pis je ramasse. Si je ne ramasse pas, elle va le faire. Interviewer : Pis elle ne fera pas ses mots croisés. Participant 14 : C'est ça. Mais elle aime ça faire ses mots croisés (14H, 66).

La communication non-sexuelle. La communication non-sexuelle prend une grande place chez 10 des participants interviewés pour créer un climat positif dans le couple, soit en parlant de ses sentiments et en faisant des compliments. Les aînés les plus épanouis sexuellement ont manifesté une capacité à parler de leurs sentiments : « Je lui ai dit comment, comment je me sens pis qu'est-ce que j'ai le gout de vivre » (9F, 67); « C'est ça qu'on veut [rires]. T'sais ce que je ressens aussi là » (10F, 66); « On se parle tous les deux, on se dit qu'on est bien, on est bien ensemble, tous les deux là, on est vraiment bien (15F, 72). Trois des aînés de l'étude ont souligné l'importance de faire des compliments à l'être aimé : « Des fois...une attention, me féliciter, -c'est beau!, -c'est bon! Ça c'est... ça c'est... ça pour moi là c'est une récompense (9F, 67) ; « Lui il fait sa barbe dans le jour tout ça, -hein tu as donc bien des belles joues (12F, 78). La première stratégie relationnelle pour améliorer le bien-être du couple mais aussi le bien-être sexuel consiste donc à mettre en place une belle atmosphère par des démonstrations d'amour et la communication non-sexuelle.

La gestion des activités et du temps

La gestion du temps et des activités du couple passe par de petits moments ensemble

pour se rapprocher mais aussi des moments seuls sans le conjoint.

Petits moments ensemble. Tous les aînés ont rapporté l'importance de passer des moments ensembles en faisant plusieurs types d'activités avec leur conjoint. Une femme dont le conjoint est très malade a admis faire des activités de « personnes âgées », même si elle a dit « je ne me considère pas comme une personne âgée » :

On se met de la musique classique... Dans ce temps-là, moi je peins et lui il est allongé. Pis là ça y faisait énormément de bien [...] Je lis le journal. Bon ben je raconte ça à mon conjoint. –Ah t'as vu telle affaire. Bon ben ça alimente ça 15 minutes une demie heure. Bon je fais des mots croisés, des mots mystères. Ben là on cherche. Il cherche. Il adore ça lui. Ça fait qu'on cherche [...] Le champ est très rétréci là (8F, 65).

D'autres aînés en meilleure santé ont affirmé faire toutes sortes d'activités de couple, des plus simples aux plus extravagantes : « Puis on a un petit boisé où se retrouver tous les deux là, là-dedans là. Lui il va bûcher pis euh pis moi j'ai ma petite scie pis on est ensemble (9F, 67); « Un bon p'tit souper pis un p'tit verre de vin pis une p'tite émission tranquille ou bedon on se loue un film pis après ça [rires] T'sais on est tous les deux, fait qu'on s'colle en écoutant notre film pis après ça...on continue! On continue l'accolade [rires] (10F, 66); « Tu sors ensemble, tu vas au cinéma, on va voir les Grands Explorateurs. Puis, les petits cours, là, on a bien aimé ça (2F, 73); « Je vais à la messe puis j'écoute pis c'est tout...mais [rires], pour moi c'est [rires] c'est pas mon truc [rires] » (5H, 80). D'autres aînés ont mentionné avoir fait beaucoup de voyages :

Puis des voyages, on en a fait en Europe, en Italie, on est allé en France, au Portugal...ah oui on a voyagé pas mal [rires]. Floride on est allé deux fois, mais là, moi ça m'intéresse pas pis lui non plus. On aime ça t'sais aller dans d'autres pays (12F, 78).

Les moments passés ensemble ont donc varié beaucoup selon les capacités et les intérêts des aînés. Certains ont trouvé leur bonheur ensemble à lire le journal et faire des

mots croisés, d'autres à suivre des cours pour aînés, aller à la messe ou en voyages.

Moments seuls. Six des participants ont mentionné l'importance des moments seuls, question de garder une certaine distance avec leur conjoint pour mieux apprécier les moments ensemble : « On n'est pas toujours ensemble, pas toujours collés. Quand on se rejoint on est content d'être ensemble. On n'a pas le temps de s'écœurer [rires] (14H, 66).

Ils peuvent ainsi se réaliser ou simplement combler un besoin de solitude :

On ne s'ennuie pas ni l'un ni l'autre en faisant chacun nos activités. Puis lui, il fait de la peinture, des cadres [...] Puis moi, quand je fais mes affaires de couture, il est tellement heureux que je fasse ça (1F, 67);
Un moment donné, le besoin de solitude si tu veux. Ben dans ce temps-là, moi je vais aller jouer au golf tout seul pis elle, elle va aller ailleurs toute seule aussi (13H, 70).

Faire des activités en solitaire permet de se réaliser en tant que personne, d'avoir sa sphère d'activités, et de mieux apprécier la présence de l'autre par la suite. La vie amoureuse à la retraite ne se résume pas à des activités sexuelles et à d'autres activités qui rapprochent le couple. Il y a aussi des conflits. Et des stratégies pour gérer ces conflits de couple.

La gestion des conflits

Un peu moins de la moitié des participants ont rapporté ne pas avoir connu beaucoup de conflits dans leur relation de couple. Un conjoint qui ne veut pas se faire aider pour sa santé, un anniversaire oublié ou d'autres petits accrochages : « J'arrivais à la maison, c'était notre anniversaire de mariage ou son anniversaire pis j'y ai pas pensé » (6H, 65); « Il ne se laisse pas aider, c'est ça. Et, t'sais, moi, je pense que je m'en fais trop pour lui. Je m'en fais plus pour lui, que lui s'en fait pour sa santé. Alors, et puis j'ai pas un gros pouvoir

dessus hein » (1F, 67).

Près de la moitié des aînés, soit sept, ont confié se chicaner fréquemment ou avoir des problèmes de couple :

On s'accroche, parce que c'est certain, on ne peut pas pas s'accrocher, c'est impossible. D'abord, on est deux têtes dures, et puis on ne plie pas facilement, alors... Écoute, je vais dire comme on dit : -Écoute bien quand je te parle. Puis moi, je vais grimper plus dans les rideaux [rires] (2F, 73).

Pourtant, les conflits du couple ont nécessairement un effet sur la sexualité, parce qu'ils influencent l'atmosphère régnant dans la maison :

La sexualité, l'acte sexuel c'est comme toutes autres choses, ça se prépare. Mettons t'sais, une journée qu'on va...si on a un p'tit différent d'opinion, ou on a un p'tit conflit pis qu'on s'obstine un p'tit peu, euh...si jamais le soir il vient me coller pis euh [rires]. Ça y tente, ben moi ça me tentera pas nécessairement (10F, 66).

Les participants ont apporté une panoplie de stratégies de gestion des conflits, comme celles-ci. Certains ont mentionné leur préférence de se changer eux-mêmes plutôt que de tenter de changer l'autre :

Essayez pas de la changer la personne. Changez-vous. Changez votre comportement et la personne va changer. Parce que si vous voulez vous attaquer à son comportement à elle, vous allez la brusquer, faire qu'elle va se renfermer [...] c'est ben moins fatigant pour moi aussi [rires] (13H, 70).

D'autres aînés ont insisté sur le rire et l'humour pour caricaturer un problème dans le couple :

On dirait que les pensées, des fois elles s'affrontent, des fois elles se rejoignent. Quand elles s'affrontent, il faut se le dire. On va vivre l'affrontement, mais plus en taquinerie. Faire un peu une caricature de ce que l'autre vient de faire, vient de dire. L'amplifier pour que ça devienne évident pour qu'on en rie [...] (14H, 66).

Des aînés ont mentionné l'importance d'accepter sa propre imperfection tout comme celle de l'autre : « Un homme parfait, on l'a pas hein., et je suis certaine que tu ne l'a pas

toi non plus. On en a pas personne, un homme parfait, même si on les aime beaucoup. Nous autres aussi on est pas parfaites » (1F, 67).

Enfin, d'autres aînés ont rapporté se parler au fur et à mesure dès qu'un problème survenait : « C'est rare qu'on va se chicaner, là. Du moins, je ne m'en souviens pas [rires]. Non, non. Si on a quelque chose à se dire, on se répond, et puis c'est... c'est réglé. Il faut régler ça, hein? » (15F, 72)

Les aînés interviewés n'ont pas rapporté de conflits de couple majeurs dans leur vie présente. Avec le temps, ils ont développé plusieurs stratégies de gestion des conflits : se changer plutôt que de tenter de changer l'autre, accepter sa propre imperfection et celle de l'autre, affronter les problèmes dès qu'ils se présentent, et enfin, affronter les pensées par le rire. Les stratégies relationnelles ont un impact sur le bien-être conjugal et sexuel du couple par la création d'un climat favorable, la gestion des activités et la gestion des conflits. Plus directement encore, les stratégies sexuelles agissent par la gestion des relations sexuelles ainsi que la gestion des problèmes sexuels.

3.3.2 Les stratégies sexuelles

Les stratégies sexuelles se composent donc de deux grands sous-thèmes : la gestion des relations sexuelles et la gestion des problèmes sexuels. Comme l'indique le schéma de la figure 7, le thème de la gestion des relations sexuelles comprend deux sous-thèmes, soit l'initiation des relations sexuelles et l'ouverture sexuelle. Le thème de la gestion des problèmes sexuels, quant à lui, comprend six sous-thèmes : la remise en question, la communication des problèmes sexuels, l'aide technique, l'aide extérieure, l'acceptation de la perte, et finalement la compensation par d'autres sources de sens.

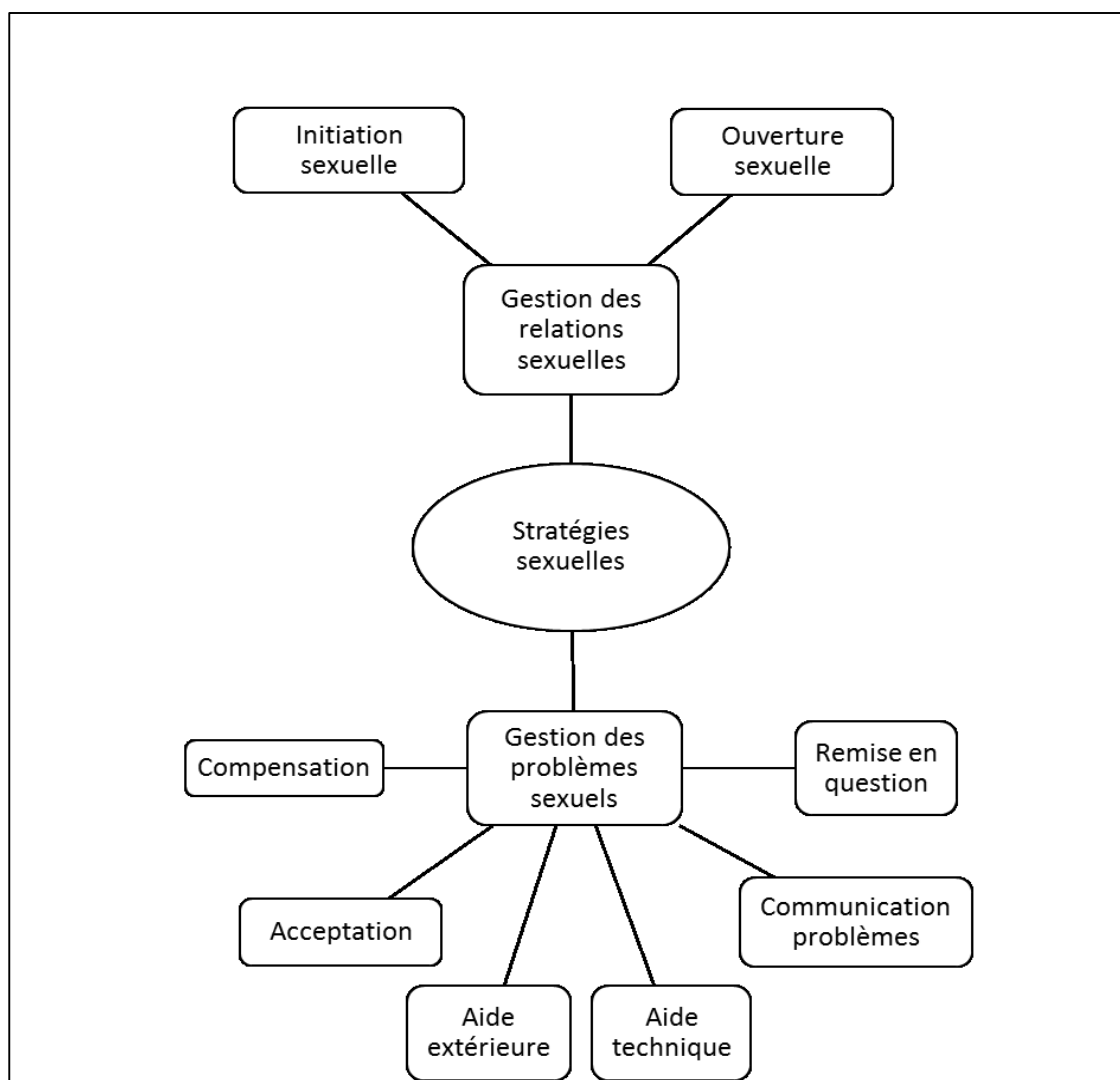


Figure 7 Schéma final des stratégies sexuelles du bien-être sexuel des aînés.

La gestion des relations sexuelles

La gestion des relations sexuelles comprend deux sous-thèmes, soit l'initiation des relations sexuelles et l'ouverture sexuelle.

L'initiation des relations sexuelle. Elle peut être facile et naturelle, ou au contraire, source de conflits. Pour quatre des aînés, elle se fait facilement, naturellement, spontanément : « C'est spontané si les deux ont le goût là d'avoir une relation sexuelle, on

l'a. S'il y en a un qui voit que l'autre est prêt à ça bon et vice-versa là » (12F, 78); « C'est... ça vient comme ça » (7H, 65). Ces couples se montrent presque toujours disponibles, sexuellement, l'un à l'autre, et en ont envie simultanément : « Il est toujours disponible pis moi vis-à-vis de lui aussi » (12F, 78); « Ni l'un ni l'autre on a dit non à ça. On est toujours, ça fait que tout arrive en même temps ». Interviewer : « Ah! oui, donc vous en avez envie en même temps? Est-ce que c'est plus vous ou plus lui? » Participante 15 : « C'est à peu près égal, je dirais » (15F, 72); « J'ai toujours été, toujours été prêt moi, [rires] jamais rien refusé [rires] ça c'est certain » (7H, 65).

Que la libido soit la même ou pas, la gestion des relations sexuelles apparaît plus facile si la femme entreprend parfois les relations sexuelles : « Ce n'est pas toujours le même qui demande le sexe. Moi, je me retiens ici [rires] (15F, 72); « Qu'est-ce que j'aime, ce n'est pas juste l'homme qui travaille dans le couple, qui prépare toujours ça » (3H, 78).

Ce n'est pourtant que rarement le cas, l'homme se montrant plus entreprenant que la femme dans six des cas interviewés : « Moi, c'est une affaire que je n'ai jamais demandée (2F, 73); « Interviewer : Est-ce que c'est plus vous ou votre mari qui initie? Participante 1 : C'est mon mari. Hum! » (1F, 67);

Il est plus entreprenant t'sais [rires]. C'est lui qui a envie là, il va plus me le manifester là. Moi j'vais me tasser pis j'vais le laisser dormir, mais si c'est lui qui a de besoin, ben là j'trouve que là-dedans, il s'affirme plus que moi là (10F, 66);

L'initiation des relations sexuelles semble donc facilitée si la femme apprend à être davantage proactive.

Quatre des participants ont rapporté que l'initiation des relations sexuelles est souvent problématique. Certaines femmes ont mentionné ne pas initier les relations sexuelles par manque de libido :

C'est une corvée de commencer la relation sexuelle, la vraie relation sexuelle [...] Si ma libido était là, peut-être que j'en sentirais le besoin, et puis je l'initierais, peut-être, peut-être? (1F, 67);

Ou simplement, un participant a suspecté qu'il s'agissait de l'attitude de sa femme :

Ma femme, c'est pas la personne à s'avancer. T'sais dans l'attitude que si tu veux m'avoir faut tu me gagnes; tout le temps. Tout le temps, tout le temps. Ça vient achaland des fois, là (6H, 65).

Pour faciliter la gestion des relations sexuelles, les participants ont dit avoir recours à des indicateurs spécifiques : ce peut être une journée spéciale de la semaine, monter ensemble à l'étage, un temps de lecture, l'attente d'une fréquence particulière, une réaction franche aux avances de l'autre :

Elle travaille même le samedi matin. Mais le dimanche matin... On se lève une demi-heure, une heure plus tard que la semaine. On se fait un bon déjeuner, on va lire un peu, après quand on monte pour s'habiller, si on monte les deux en même temps, ça veut dire quelque chose. Interviewer ah [rires]. Vous avez vos signes implicites. Participant 14 : C'est ça, on a nos indicateurs. Autant un que l'autre là. Il y en a un qui monte, si l'autre suit là [...] ça peut aussi être le temps de lecture. Parce qu'on lit tout le temps le soir. Quand il y en a un des deux qui ne lit rien qu'une ou deux pages là [rires] ou ben décide de s'allonger tout de suite. L'autre comprend quelque chose [rires] (14H, 68).

Des aînés ont rapporté être surtout à l'écoute de leurs émotions et de leurs sensations, les leurs et celles de leur partenaire, pour déterminer si c'est un bon moment pour initier une relation sexuelle : « C'est très...euh c'est ben « touchy » cette histoire-là, dans le sens que... euh on sent ça un peu quand on ben... quand on se couche là. Bon » (7H, 65) : « Si mettons un soir, j'aurais le gout de me coller pis peut-être de faire l'amour pis que j'sens que mon chum ça y tente... pas plus que ça t'sais. Des fois tu t'approches pis tu le sens » (10F, 66).

D'autres personnes peuvent avoir recours à des indicateurs plus clairs, comme un mot précis ou un pot de vaseline posé sur la table de chevet : « L'autre soir, elle a mis sa crème vaginale sur le comptoir » (6H, 65).

Il reste que on dit "cookies" pis on se regarde et pis on fait signe que « oui' » [rires] [...] Quand je suis prête des fois, [rires] ça m'arrive des fois, je mets le pot de vaseline là, sur une petite table à côté du lit. Je dis: -Je t'ai fait une surprise, viens voir? [rires] (15F, 72).

Pour faciliter la relation sexuelle, les aînés ont rapporté avoir une routine ou des outils comme l'alcool ou des oreillers: C'est certain que si je prends deux verres de vin pis que...j'ai des avances de mon chum euh [rires]. Peut-être que j'y résisterai pas [rires] (10F, 66); « Il était doux, lent, il m'a mis sur deux oreillers, t'sais il y avait deux oreillers dans la chambre, on était sur les deux oreillers, pis quand il a vu que là j'étais prête là, il est arrivé et lui il était prêt aussi » (15F, 72) : « Quand tu arrivais pour te coucher, on se rapproche, puis là, bien, pour commencer, tu tournes ton dos, et tu te grattes le dos... et puis après ça, tu te tournes de bord [rires]. Ça complète » (2F, 73)

En dehors de gérer l'initiation des relations sexuelles et de faciliter l'acte sexuel en tant que tel, les aînés ont mentionné l'importance de continuer à se montrer ouvert par rapport à leur sexualité. Il s'agit de se montrer ouvert à soi, à ses propres sensations sexuelles, et d'être capable de les partager. D'être ouvert aux besoins et sensations de l'autre et à se montrer patient et respectueux. Se montrer ouvert, finalement, aux nouvelles expériences.

Ouverture sexuelle. Deux participants ont conseillé de parler abondamment de sexualité, à toutes heures du jour, pour savoir où ils s'en vont, pour bien préparer l'acte. Il s'agit du sous-thème de l'ouverture sexuelle :

D'en parler entre eux beaucoup. Quoi que ce soit, d'en parler beaucoup... pour qu'ils sachent où est-ce qu'ils vont. Ça fait que... je pense que ça fait l'amélioration de bien des choses que d'y aller boom, boom, c'est fait, là. Ça, c'est primordial, je pense de le savoir avant (15F, 72).

Cette femme a rajouté exprimer ce qu'elle ressent aussi pendant l'acte sexuel: « Je pense dire avec la sensation que tu ressens. Ah! Penses-tu que ça ne lui fait pas du bien quand je lui dis : - Ih! Que c'est bon. Je ne suis pas capable de ne pas le dire [rires]. Ah! Oui. Il faut s'exprimer. » (15F, 72)

Les entrevues ont montré que les participants avaient renouvelé le désir sexuel et brisé la monotonie en essayant de nouvelles expériences sexuelles comme de se montrer dans sa nudité, de prendre des risques, offrir ou recevoir des fellations, pour une bain ou une douche à deux, ou essayer des nouvelles positions :

Des fois, ça arrive, on prend notre bain à deux ou bedon notre douche à deux. La douche ça m'inspire pas tellement mais le bain me semble c'est calme, on se lave mutuellement, ben c'est ça, j'aime ça [rires] [...] On a essayé des p'tites affaires pour le fun, comme les jeunes font là t'sais, le condom. On n'avait jamais connu ça [...] Il y a des positions différentes, on essaye des petites affaires des fois, on tente encore à notre âge [rires]. Pis j'trouve ça le fun. T'sais ça varie pis c'est moins monotone dans le fond (10F, 66).

Il peut être facile ou difficile de gérer les relations sexuelles, la fréquence et les désirs de chacun. L'initiation des relations sexuelles se voit facilitée par une participation proactive de la femme, des partenaires à l'écoute de leurs émotions et sentiments, des indicateurs clairs et compris de part et d'autres, ainsi que des outils ou routines habituelles. L'ouverture sexuelle permet aux aînés de renouveler le désir et les expériences sexuelles en parlant beaucoup de sexualité, en prenant le temps pour l'autre et en essayant de nouvelles expériences sexuelles. Par ailleurs, les problèmes sexuels à l'âge avancé existent et nécessitent des stratégies différentes.

La gestion des problèmes sexuels et de la perte de la vie sexuelle

L'analyse des entrevues a montré que la gestion des problèmes sexuels et de la perte des relations sexuelles comprend six étapes distinctes et ce chez tous les participants : la remise en question, la communication des problèmes, la recherche d'aide technique, la recherche d'aide extérieure et l'acceptation et enfin, la compensation par d'autres sources de sens.

La remise en question. Elle requiert une introspection avec parfois l'aide de la spiritualité et des lectures:

Bon il y a le développement aussi, la découverte spirituelle religieuse qui m'a aidée aussi [...] En tout cas, moi je trouve que j'ai rencontré sur ma route des personnes signifiantes pour moi. Pis je suis vraiment chanceuse, je suis gâtée. J'ai été gâtée pis Dieu m'a aidée là (9F, 67).

Une participante dont le mari était malade s'est beaucoup interrogée sur la perte des relations sexuelles, et a trouvé des réponses et du réconfort dans la spiritualité :

Peut-être, je sais pas où je prends ça. Mais non, je m'interroge des fois pis je me dis comment ça se fait que je suis comme ça moi. Pis je suis quand même très apaisée. Je suis sereine. Je le sais pas [...] Je me l'explique plus par le spirituel. C'est ça qui m'a fait tenir d'ailleurs. Pis mon conjoint aussi (8F, 65).

Plusieurs aînés ont mentionné avoir fait des lectures pour mieux comprendre et accepter un problème sexuel : « C'est tellement de choses que tu te poses. C'est quoi, ça? En tout cas. Après ça, bien, là, tu lis aussi, hein? Oh! Une chance (2F, 73) »; « Je me suis mis dans les recherches, la lecture. Tout ce que j'avais de besoin [...] J'ai beaucoup lu de toutes sortes de choses pour essayer de comprendre et accepter, accepter!!! » (8F, 65)

En plus de se remettre en question, les participants ont appris à communiquer leurs frustrations, problèmes, peurs, maladies ou douleurs sexuelles.

La communication des problèmes sexuels. Celle-ci est primordiale lorsqu'il est

question de frustrations ou de problèmes reliés à la sexualité. Elle n'est pas toujours facile et demande tout d'abord d'être à l'écoute de ses ressentis. L'homme peut ainsi sentir s'il est en forme et apte à une relation sexuelle : « Si jamais tu veux, pis tu sens que ça peut euh...si jamais tu...si tu sens qui a rien là, [rires] y'a rien qui est pour venir là, ben aventure toi pas trop loin » (7H, 65). Les femmes, quant à elles, peuvent prendre conscience de ce qu'elles peuvent gérer comme douleur : « Je sais à peu près la densité que la douleur va avoir. La plupart du temps, y'en a pas ça fait que t'sais j'pense qu'avant, ça m'arrêtait un peu plus là » (10F, 66).

Après avoir pris conscience de ses ressentis, il est important de savoir les communiquer. Une participante n'ayant jamais discuté de la faible fréquence de leur activités sexuelles a confié à l'interviewer : « Je pensais à ça après que tu m'aies appelée. Pis là je me disais : -aye il faudrait ben que je lui pose la question directe, pour me situer face à lui » (9F, 65).

Les problèmes érectiles peuvent causer des inconforts dans le couple et des incertitudes, d'où l'importance d'en discuter : « On en a parlé d'ailleurs entre nous deux, bon puis elle : -pas grave voyons ça pas marché aujourd'hui ça marchera demain » (7H, 65) : « Il y a des bouts de temps j'me disais : - Bon y m'aime pu mais y'était comme pas capable de faire plus. Mais en se parlant pis en se disant qu'est-ce qui se passe, ben j'pense que ça se comprend là » (10F, 66).

Comme la sécheresse vaginale peut amener de la douleur, des participantes ont exprimé leur capacité à la communiquer lors des rapports sexuels ou après : « Y'a toujours peur que ça me fasse mal pis -t'as mal, ben tu le dis, pis on ralentit ça. » [rires] (10F, 66); « Si tu dis : - Écoute, ça m'a fait mal ou quoi que ce soit, il devrait savoir quoi corriger, hein? Ce n'est pas... ce n'est pas toujours évident » (15F, 72). Les problèmes de santé

sexuelle ne posent pas nécessairement problème à en discuter pour les participants interviewés, du moins tant qu'elles ne proviennent pas d'activités sexuelles extraconjugales:

Il faut que tu mettes de la crème parce que tu es trop irritée. Alors, là, le docteur dit : -Êtes-vous capable de le dire à votre mari? J'ai dit - Bien là, à qui c'est que vous voulez que je le dise? [rires] Je n'ai pas fait l'amour avec un autre. Peut-être que là, je, j'aurais de la misère à le dire. Alors... Non. Je n'ai pas eu de problème à lui dire (2F, 73).

Puisqu'il n'est pas toujours facile de s'ouvrir à l'autre pour parler de ses problèmes d'érection ou de douleur, une écoute respectueuse s'avère primordiale de la part du partenaire: « C'est sûr que quand on s'aime beaucoup, on est prête à recevoir eh, n'importe quelle confiance même si ça fait pas notre affaire, on est prête à la recevoir la confiance sans porter de jugement » (1F, 67).

La communication de couple est essentielle lorsqu'il est question de frustrations ou de problèmes reliés à la sexualité comme la douleur ou les problèmes érectiles. Elle requiert d'être à l'écoute de ses ressentis, d'avoir le courage de s'ouvrir à son conjoint et de l'écoute pour recevoir la confiance.

L'aide technique. Une autre stratégie sexuelle relève de la recherche d'aide technique. Les participants ont mentionné avoir recours parfois à des lubrifiants, hormones ou médicaments érectogènes pour les aider à pallier à leurs problèmes sexuels. Pour la gestion de la sécheresse et de la douleur vaginale, il y a toutes sortes de lubrifiants : « Le gynécologue a dit que le lubrifiant...ça aidait pas ben ben non plus là. Le lubrifiant... artificiel là. C'est mieux le naturel, en prenant le temps » (10F, 66); « Ici c'est que le pot de vaseline c'est important, je pense hein. C'est que la lubrification ne fonctionne plus aussi bien qu'avant. Alors ça aide pour pas la blesser » (3H, 78). Seulement un participant

a essayé des médicaments érectogènes: « Je prends des Viagra puis y'a un an ça faisait beaucoup effet. J'en prends pas beaucoup, j'prends juste une demie » (6H, 66). Les autres participants n'ont pas montré d'intérêt pour la médication : « Il ne voyait pas l'importance pis moi non plus. Il m'en a parlé pis moi m'a te dire j'étais heureuse dans ce qu'on vit là » (12F, 78); « Comme je ne veux pas...me bourrer de médicaments, je ferais pas par exprès pour en ajouter plus par-dessus » (13H, 70).

Un des participants a consulté un médecin à cause de graves problèmes érectiles. Des tests sanguins poussés ont montré qu'il y avait, selon lui, « une protéine qui interagit avec la testostérone. Cette protéine produite pas le foie est abondante et réduit la testostérone disponible » (6H, 65). Il a donc été convenu avec son médecin qu'il devait prendre de la testostérone. Après le traitement aux testostérone d'une durée de trois mois, le participant a indiqué avoir des :

Relations sexuelles plus satisfaisantes, je veux dire que j'ai regagné de la sensibilité au pénis et que mes érections sont plus présentes. Il m'arrive de ne pas avoir besoin de Viagra. Je ne me sens plus vieillir rapidement grâce aux effets bénéfiques des hormones. Ce sont les effets des hormones qui améliorent ma qualité de vie (6H, 65).

L'aide extérieure. Quand les pertes apparaissent remédiables mais que la remise en question, la communication sexuelle et l'aide technique ne suffisent pas, les aînés peuvent aller chercher de l'aide extérieure, que ce soit un médecin, un psychologue ou un sexologue. La plupart des aînés interviewés ayant connu des difficultés sexuelles se sont tournés vers les médecins qui les ont orientés vers d'autres ressources :

On est chanceux on a rencontré un gynécologue à tous les deux ans, j'me dis qu'on a un bon suivi les femmes d'aujourd'hui dans notre retraite. Nos mères ont pas connu ça. Ils nous aident et nous orientent aussi t'sais (10F, 66).

Ces médecins ont souvent offert des aidants techniques tels que le Viagra ou un anneau d'œstrogènes : « J'en avais déjà mentionné au médecin. J'avais trouvé ça gênant

[rires]. Que j'avais moins le gout des relations... Il dit - Quand tu seras décidée, je vais vous mettre un anneau [rires] » (9F, 67).

Une médecin a pour sa part soumis l'idée d'aller vers des groupes de soutien :

La médecin a dit : - T'as pas le gout d'aller vers des aidants naturels qui vivent la même chose que toi? Il y a une association de ça ici. Donc je pouvais avoir d'autres trucs ailleurs, des personnes qui pourraient m'aider sur le sexe aussi (8F, 65);

En plus des médecins, des aînés ont aussi rapporté avoir consulté des psychologues ou sexologues : « J'ai déjà consulté des psychologues là quand ça allait pas au plan... pas au plan physique, au plan psychologique là » (9F, 67) : « Puis on a peut-être eu des problèmes un moment donné, on a rencontré un sexologue pis... Ça nous a aidés. C'était surtout moi qui étais en cause, faque il m'a aidé à régler mon problème t'sais [rires] » (10F, 66).

L'acceptation. Les aînés interviewés ont discuté de l'importance de *l'acceptation*, c'est-à-dire d'apprendre à se contenter ou d'ajuster ses attentes sexuelles pendant le vieillissement et d'accepter les pertes sexuelles inéluctables:

C'est ça, se contenter de ce que l'on a. Moi je trouve que c'est ça qui est important t'sais. C'est pas toujours désirer quelque chose pis j'aimerais avoir si, avoir ça. Tu regardes ce que tu as puis tu te contentes de ça. Si tu as plus ben tant mieux » (12F, 78);

J'ai pleuré beaucoup beaucoup beaucoup, c'est la rivière qui m'a consolée de cette perte là parce que c'était comme notre équilibre de couple. Ça été plus difficile ça [...] Quand on fait l'acceptation dans un deuil, après ça ça va mieux. Ben je pense. C'est pas tout, accepter là mais quand même (8F, 65).

Quand la communication des problèmes sexuels et la recherche d'aide technique ou extérieure ne comblent pas la perte, abaisser tous les critères en fonction de la réalité de

leur sexualité a permis aux aînés de s'habituer à leur nouvelle vie sexuelle et de mieux s'en contenter. Dans le cas de perte de la vie sexuelle, une bonne partie du deuil s'effectue grâce à son acceptation, possible par la compréhension et le réconfort spirituel. Cette acceptation permet de laisser la place à d'autres sources de sens.

Le dernier sous-thème des stratégies sexuelles consiste à compenser par *d'autres sources de sens de la sexualité*. Les participants ayant perdu leur vie sexuelle ont rapporté avoir comblé le vide par autre chose de significatif. Ce vide se comble par d'autres sources de satisfaction qui permettent de rester heureux. La compensation par d'autres sources de sens peut s'effectuer par des sources de sens de la sexualité comme l'intimité affective : « C'est plus attentionné... plus verbal, plus des petites choses délicates que tu peux faire pour... pour remplacer l'amour charnel, si tu veux, parce que tu ne peux pas nécessairement le faire » (2F, 73);

D'autres sources de sens, extérieures à la sexualité, permettent aussi de donner un sens à la vie, comme des activités ou intérêts tels que la spiritualité, les arts, le bénévolat, la lecture, les cours, la famille, ou l'activité physique. Une femme, tout particulièrement, a su déployer une panoplie d'activités pour compenser la perte de sa vie sexuelle :

Je prie, je lis, je fais du vélo, je fais de la marche, je fais de la méditation, je cuisine, c'est sûr qu'il faut faire du ménage. Ça j'aime pas ça [rires] [...] Ce qui fait que j'essaye de garder mon petit paradis. Notre petit paradis, avec les enfants, la famille et tout ça. Pis aussi j'ai fait beaucoup de bénévolat ailleurs. J'ai beaucoup nourri mon temps. Peut-être j'ai surconsommé mon temps, j'ai fait de l'activisme même. Pour briser cette peine-là. [...] Moi je vais aller à mon cours d'anglais pis je suis heureuse comme si j'avais fait l'amour [rires]. J'aime apprendre, j'aime voir du monde, j'aime lire. J'ai beaucoup de satisfaction là-dedans (8F, 65).

Qu'il s'agisse de la gestion des relations sexuelles ou des problèmes sexuels, il apparaît primordial pour les participants d'être à l'écoute de ses ressentis, de les communiquer à son conjoint, de se montrer ouvert et respectueux dans son écoute à

l'autre.

3.4 Définition des concepts

Ces définitions ont été réalisées avec les trois personnes impliquées dans le projet de recherche. Cette étape de l'analyse a ainsi fait ressortir quatre concepts majeurs en relation avec le vieillissement : la sexualité, le bien-être sexuel, les conditions favorables au bien-être sexuel et enfin les stratégies du bien-être sexuel.

3.4.1 Sexualité

La sexualité des aînés se définit par un processus dynamique en évolution constante orienté vers le bien-être sexuel et dépendant de la valeur, de la place et du sens qui sont attribués à quatre sources potentielles de sens : le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/connexion sexuelle et les pertes sexuelles.

3.4.2 Bien-être sexuel

Le bien-être sexuel est une composante de la sexualité, son sens fondamental et son but. Il comprend des sentiments de satisfaction physique et psychologique en lien avec la vie sexuelle, ainsi que des sentiments de bonheur avec soi-même, avec l'autre et en général. La satisfaction sexuelle, enfin, comprend la satisfaction physique, c'est-à-dire le plaisir physique, la satisfaction de la fréquence des rapports sexuels, et la satisfaction psychologique, c'est-à-dire le plaisir de faire plaisir à l'autre et l'intimité affective du couple pendant et en dehors des relations sexuelles.

3.4.3 Conditions favorables au bien-être sexuel

Certaines conditions, antérieures et actuelles, prédisposent les aînés à bien vivre leur sexualité. Les conditions antérieures se composent de l'éducation familiale, de l'éducation religieuse et des relations précédentes. Les conditions actuelles, quant à elles, regroupent les valeurs fondamentales, la retraite et le rapport au corps et la santé.

3.4.4 Stratégies favorables au bien-être sexuel

Les stratégies relationnelles et sexuelles favorables au bien-être sexuel des aînés sont un ensemble de moyens et d'actions initiées par une démarche personnelle libre. Les stratégies relationnelles comprennent la création d'un climat positif, la gestion des activités et du temps et la gestion des conflits. Les stratégies sexuelles se composent de la gestion des relations sexuelles et de la gestion des problèmes sexuels.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Les résultats de cette étude ont permis de répondre aux quatre objectifs soit : explorer et décrire 1) le sens que les aînés donnent à leur sexualité et 2) à leur bien-être sexuel; 3) les conditions que les aînés jugent favorables au bien-être sexuel pendant le vieillissement; et 4) les stratégies que les aînés jugent favorables à leur bien-être sexuel. Plusieurs éléments importants ont été révélés lors des entrevues individuelles qui ont permis de mieux comprendre la sexualité et le bien-être sexuel des aînés âgés de 65 ans et plus.

Ce chapitre propose tout d'abord une interprétation des résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'étude et les compare avec les éléments théoriques recensés dans les écrits scientifiques. Ensuite seront présentés la portée de l'étude, ses retombées ainsi que ses forces et ses limites. Enfin, des pistes de recherche seront suggérées.

4.1. Interprétation des résultats

4.1.1 Sens donné à la sexualité.

L'analyse des entrevues a permis d'explorer et de décrire en profondeur comment les aînés en bonne santé générale vivent et conçoivent leur sexualité. L'analyse thématique a ainsi conduit au thème mineur de processus dynamique en évolution et aux thèmes majeurs suivants : la valeur et la place de la sexualité, le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/connexion sexuelle, les pertes sexuelles et finalement, le bien-être sexuel.

Processus dynamique en évolution

Tous les thèmes majeurs obtenus de l'analyse des entrevues renfermaient ce thème « mineur » appelé processus dynamique en évolution. Les différentes sources de sens de la sexualité et du bien-être sexuel des aînés prennent plus ou moins de place et d'importance, varient et évoluent avec la personne, le couple et leur histoire de vie. La sexualité est d'ailleurs une opportunité de croissance personnelle et de couple, et d'expérience, comme l'ont également constaté des chercheurs indiens (Kalra, Subramanyam, & Pinto, 2011). Des thérapeutes sexuels ont défini la sexualité comme un processus de développement; leur travail consiste à offrir des options et des stratégies pour maintenir le confort sexuel au cours du développement normal (Siegel & Siegel, 2007). Plusieurs chercheurs ont aussi décrit la sexualité comme un processus dynamique. Un examen attentif des études sur l'actualisation sexuelle des aînés (Gagnon et al., 2002; Shaw, 1994), le potentiel sexuel (Brock & Jennings, 2007), l'intimité sexuelle (Ley, Morley, & Bramwell, 2002) ainsi que sur la sexualité optimale (Kleinplatz et al., 2009) montre en effet la sexualité comme un processus qui se développe avec le potentiel de l'individu à l'aide de conditions comme l'intimité, l'ouverture, la connexion, la communication et l'intégrité sexuelles, et qui mène à des sentiments de liberté, d'*empowerment* et de plaisir sexuel. La présente recherche va plus loin dans l'identification des conditions favorables au développement du potentiel sexuel des aînés. Celles-ci seront discutées dans le cadre de l'objectif 3.

Importance de la sexualité, valeur et place

Ce thème fait appel à deux niveaux d'analyse en ce qui regarde l'importance de la sexualité des aînés. Le premier niveau est conceptuel. Les participants de l'étude ont

donné une valeur à la sexualité selon leur conception générale de la sexualité. Le second niveau d'analyse est comportemental.

Les aînés interviewés ont donné une valeur à la sexualité telle qu'ils la vivaient au moment des entrevues, une valeur déterminée plus précisément par la place prise par les relations sexuelles. La présente étude a révélé que la sexualité a été qualifiée de nécessaire et inhérente à la vie chez une grande majorité d'aînés, même chez certains aînés n'ayant que peu ou pas de place pour les relations sexuelles. Ces résultats corroborent ceux de l'étude épidémiologique américaine du National Social Life, Health and Aging Project (NSHAP; Waite, Laumann, Das, & Schumm, 2009), ainsi que ceux de plusieurs études qualitatives (Gott & Hinchcliff, 2002; Hinchcliff & Gott, 2004, 2008; Loe, 2004; Montemurro & Gillen, 2013), qui ont observé que la majorité des personnes âgées ont des relations sexuelles et considèrent la sexualité comme une partie importante de leur vie (Lindau et al., 2007). Toutefois, contrairement à l'étude de Ludeman (1979) et aux études Dukes (George & Weiler, 1981; Pfeiffer et al., 1971; Verwoerd et al., 1969), les résultats de l'analyse suggèrent que l'intérêt pour les relations sexuelles ne reste pas nécessairement stable tout au cours de la vie. Les présents résultats montrent que la place attribuée aux relations sexuelles peut rester faible ou élevée, mais peut aussi diminuer ou augmenter avec le temps. Une place stable donnée aux relations sexuelles tout au long de la vie a été attribuée à une très faible ou très forte libido. Dans les cas où la place des relations sexuelles s'est réduite avec le temps, les causes mentionnées ont été multiples : perte de libido reliée à la chute d'hormones ou aux médicaments, procréation plus possible, problèmes de santé, sentiments de honte et de culpabilité reliés à une éducation catholique ou sentiment de méfiance relié à des infidélités. Cette dernière cause rappelle l'étude de Moore (2010) où les relations sexuelles chez les femmes âgées avaient perdu de leur

importance après des infidélités de leur mari. Malgré l'affection ressentie envers leur mari, un sentiment de méfiance les avait amenées à vivre leur sexualité à travers le jeu et la camaraderie plutôt qu'avec l'intimité sexuelle (Moore). La valeur et la place de la sexualité varient et évoluent donc énormément au cours de la vie de chaque personne et de chaque couple. Ces résultats indiquent que la valeur attribuée à la sexualité reste stable ou évolue dans le temps, alors que la place qui est accordée aux relations sexuelles peut se réduire ou prendre de l'ampleur selon des conditions qui seront discutées dans l'objectif 3.

Répertoire génital

Les résultats de la présente étude ont révélé un répertoire sexuel restreint à l'acte génital, soit la pénétration de la femme par l'homme. Cette conception génitale de la relation sexuelle apparaît naturelle et biologique chez les participants de l'étude. La masturbation n'a été évoquée que dans le cas où la pénétration était difficile ou impossible. Cette conception limitée de la sexualité n'est pas très surprenante considérant que, selon Kinsey et al. (1948), ces aînés ont été élevés dans une société où l'Église et la loi interdisaient le coït en dehors du mariage et limitaient de manière très spécifique les techniques du coït marital. Comme l'a déjà avancé Gott (2003), la sexualité était surtout comprise à partir d'un cadre de référence masculin au début du siècle dernier. Chao et al. (2011) ont montré que les aînés concevaient l'activité sexuelle comme se limitant à la pénétration vaginale. Une très grande proportion des répondants de la NSHAP (Waite et al., 2009) mais aussi des répondants de la NHSLS en 1992 (Laumann et al., 1994) ont rapporté qu'ils avaient habituellement ou toujours une pénétration vaginale lors de leurs relations sexuelles. D'autres études ont signalé la pénétration vaginale comme étant la

pratique sexuelle la plus commune, mais après les baisers et les étreintes (Palacios-Cena et al., 2012; Waite et al., 2009). Au Québec, Trudel et Goldfarb (2006) ont conclu pour leur part que le répertoire de comportements sexuels des couples devient plus restreint avec l'avancée en âge, de même que la fréquence de la pratique du coït.

Intimité affective

L'analyse a permis de constater que l'intimité affective, principalement l'amour, est un élément central de la sexualité des aînés. Les marques d'affection, de tendresse, d'attention, la connaissance de l'autre nourrissent la vie sexuelle et l'enrichissent tout à la fois. C'est dire que l'amour avec un grand A confère une signification aux relations sexuelles, à la sexualité en général et pour plusieurs, au mariage. À cet effet, une étude a suggéré que l'intimité émotionnelle serait au cœur de la conception de la sexualité et l'ingrédient idéal de la satisfaction sexuelle de la femme âgée (Ley, Morley, & Bramwell, 2002). De même, une étude conduite dans cinq pays auprès de 1009 couples âgés (Heiman et al., 2011) a montré que les caresses et baisers fréquemment donnés et reçus sont importants pour la satisfaction sexuelle des hommes et femmes tout en étant d'importants prédicteurs du bonheur conjugal des hommes âgés. L'intimité affective se situe au centre de la conception de la sexualité des aînés mais aussi du potentiel sexuel (Shaw, 1994), de l'actualisation sexuelle (affects sexuels) (Gagnon et al., 2002) et de la sexualité optimale de Kleinplatz et al. (2009). Kleinplatz a particulièrement exploré le concept d'intimité érotique et sexuelle. L'analyse phénoménologique de 64 entrevues l'a conduite à identifier les caractéristiques clés de ce type d'intimité avec le/la partenaire comme étant un profond sentiment d'appréciation, d'amour, de respect et de confiance.

Selon la présente analyse, la sexualité ne passe plus par la seule génitalité ou relation sexuelle; pour plusieurs, elle transparait dans tout leur être, dans tout lien entre l'homme et la femme et dans tous leurs sens. Même si la relation sexuelle reste encore beaucoup limitée à la génitalité, les aînés ont mentionné avoir développé leur conception de la sexualité avec le temps. L'intimité affective prend davantage d'importance pendant le vieillissement lorsque la fonction sexuelle et la santé ne sont plus au rendez-vous. Les résultats de l'analyse suggèrent une meilleure concordance des besoins sexuels du couple vieillissant, avec la diminution de la libido, de l'énergie et de la fonction érectile de l'homme. L'étude de Ludeman (1979) a montré pour sa part que les femmes de plus de 60 ans sont particulièrement intéressées par le toucher et par la dynamique de la relation homme-femme. Une équipe québécoise (Trudel et al., 2000) a fait remarquer à cet effet que les personnes âgées redéfinissent leurs besoins et désirs sexuels de façon à ce qu'ils concordent avec les ressources disponibles, d'où une plus grande importance attribuée à l'intimité. Ce changement dans l'expression de la sexualité avec l'âge a été nommé « le second langage du sexe » par Butler et Levis (1983). L'idée d'une amélioration de l'intimité affective ne fait pas l'unanimité. Dans une étude quantitative récente, Kalra et al. (2011) ont constaté que 48 % de leur participants n'avaient perçu aucun changement dans l'amour ou l'intimité de leur couple, 25 % d'entre eux avaient perçu une amélioration alors que 13,3 % y avaient vu une dégradation.

Communion/connexion sexuelle

L'analyse a révélé que l'ultime sentiment de bien-être et de bonheur est créé par une rencontre, un acte intime de communion ou de connexion sexuelles. Le sens de la sexualité des aînés n'est pas tant dans le but poursuivi que dans la présence à soi et à l'autre, le jeu,

l'exploration de l'espace disponible qui unit l'un à l'autre. Cette communion dépasse les limites physiques du corps vieillissant, elle laisse place à une sexualité qualifiée de belle, harmonieuse, voire spirituelle. Ce résultat appuie les propos de Hite (1976, 1981) qui considérait que le bien-être sexuel s'atteignait par l'exploration sexuelle libre et la découverte. De même, Brock et Jennings (2007) ont proposé que l'expression sexuelle intime intense crée un « puissant sentiment de soi et de séparation combiné à une prise de conscience profonde du désir de connectivité avec le partenaire bien-aimé - un paradoxe » (Brock & Jennings, 2007, p. 249).

Ce thème correspond de très près à deux thèmes issus de l'analyse phénoménologique du concept de sexualité optimale, soit la présence à l'autre et la connexion (Kleinplatz et al., 2009). Dans le cas du thème de la présence à l'autre, il s'agit d'être complètement et entièrement présent pendant l'expérience sexuelle, ce qui permet d'être pleinement conscient des sensations vécues dans le moment. Le thème de communion/connexion sexuelle se rapproche encore davantage du thème que Kleinplatz a nommé « connexion, alignement, synchronicité, fusion avec l'autre ». Cette profonde connexion avec l'autre a été mentionnée par les participants comme l'élément le plus important de leur expérience, peu importe la durée de la relation. Les participants de l'étude de Kleinplatz ont utilisé des qualificatifs empruntés à la physique plutôt qu'à la spiritualité, mais pour évoquer les mêmes phénomènes, comme l'énergie, l'électricité ou la conductivité (Kleinplatz et al., 2009). Le thème de communion/connexion sexuelle pourrait visiblement faire l'objet d'une étude à part entière.

Pertes sexuelles

Le concept de perte sexuelle comprend ceux de dysfonction sexuelle, mais aussi ceux

de problèmes ou difficultés sexuels et de perte de la vie sexuelle. Le concept de perte sexuelle a l'avantage de mettre l'accent sur le caractère subjectif de la perte, propre à chaque personne, de sorte qu'une personne âgée peut donner un sens à une perte, trouver un nouveau sens à sa sexualité et se sentir bien dans sa sexualité malgré une fonction sexuelle moins performante qu'auparavant. Moins de la moitié des participants de l'étude ont rapporté des pertes sexuelles, et ce, de trois ordres : la diminution de la fréquence du coït, les problèmes de fonction sexuelle et la perte de vie sexuelle. Il s'agit d'une proportion similaire à celles obtenues dans des études épidémiologiques récentes. En effet, environ la moitié des hommes et des femmes ont déclaré au moins un problème sexuel gênant dans l'étude de Lindau et al. (2007). L'équipe de Nicolosi a révélé que près de la moitié des aînés entre 70 et 80 ans rapportait une dysfonction sexuelle telle qu'un désir sexuel faible, une incapacité à atteindre l'orgasme ou des dysfonctions érectiles (Nicolosi et al., 2006).

L'analyse des entrevues a montré qu'un peu moins de la moitié des aînés ont noté une diminution de la fréquence du coït suivant la diminution des besoins sexuels et des capacités physiques. Les études longitudinales Dukes (George & Weiler, 1981; Pfeiffer et al., 1971; Verwoerd et al., 1969) et des études transversales plus récentes (Herbernick et al., 2010; Reece et al., 2010) ont corroboré ces résultats en concluant que la prévalence de la pénétration vaginale diminuait avec l'âge. En fait, nombre d'études transversales (Kalra et al., 2011; Lindau et al., 2007; Lindau & Gavrilova, 2010; Palacios-Cena et al., 2012) et une étude rétrospective (Wang, Lu, Chen, & Yu, 2008) ont montré que l'activité sexuelle en général décline avec l'âge. Moore (2010) avait expliqué que si les relations sexuelles déclinaient avec l'âge, c'était surtout en raison des opportunités réduites, pour les hommes, pour des aventures extraconjugales. Certains de ces hommes ont redéfini leur

sens de la masculinité, en passant de celui d'avoir de multiples partenaires sexuels à celui de donner plus d'attention aux sentiments de leur conjointe. Le sens de la sexualité repose alors moins sur la génitalité et davantage sur l'intimité affective. Comme le présentait l'équipe de Schiavi, l'activité sexuelle devient moins fréquente et passionnée avec le passage du temps, mais pas moins plaisante ni significative pour les couples plus âgés (Schiavi et al., 1994).

Puisque les problèmes fonctionnels relèvent surtout de la biologie, ils diffèrent d'un genre à l'autre. Les hommes de l'étude n'ont signalé qu'un seul type de problème de fonction sexuelle : les difficultés érectiles. Lindau et al. (2007) ont d'ailleurs observé que les difficultés érectiles constituent le problème le plus fréquent chez les hommes sexuellement actifs. Les résultats de la NSHAP (Laumann et al., 2008) indiquent que l'incidence de dysfonctions érectiles dans l'année précédente était de 31 % chez les hommes âgés entre 57 et 64 ans, de 45 % entre 65 et 74 ans et de 43,5 % entre 75 et 85 ans. Qu'ils éprouvent ou non des difficultés à cet égard, tous les hommes de l'étude ont exprimé une préoccupation pour leur fonction érectile et, incidemment, pour leur ego masculin. Ce résultat concorde avec ceux de Gott et Hinchliff (2003) à l'effet que les hommes considèrent leur masculinité comme étant dépendante de leurs performances sexuelles. Reste que la majorité des aînés interviewés se sont montrés satisfaits de leur fonction sexuelle en dépit d'une diminution de la capacité érectile ou d'une baisse de la fréquence du coït. Plusieurs autres études ont aussi observé que la satisfaction de la fonction sexuelle reste stable malgré une diminution de la fréquence de coït (Bortz & Wallace, 1999; Ginsberg, Pomerantz, & Kramer-Feeley, 2005; Laumann et al., 2006; Schiavi et al., 1994; Schiavi, 1999; Starr & Weiner, 1982).

Les pertes sexuelles décrites dans la présente étude reflètent assez bien celles qui sont

relevées dans les écrits scientifiques pour les femmes âgées : les problèmes de désir, de lubrification et d'orgasme étaient les plus souvent rapportés par les femmes (Lindau et al., 2007). Les femmes interviewées ont mentionné vivre peu de difficultés sexuelles. Deux femmes se sont plaintes d'insatisfaction, voire de dégoût pour l'acte sexuel. Ce dégoût avait été présent pendant toute leur vie. Une étude à propos du trouble sexuel de désir hypoactif (Hayes et al., 2007) a de fait conclu que ce trouble chez la femme n'est pas associé à l'âge. Une autre participante de la présente étude a révélé des difficultés à parvenir à l'orgasme en raison de problèmes d'incontinence anale et de vaginites. Deux études récentes suggèrent que les problèmes orgasmiques ne sont pas reliés à l'âge. Dans la NSHAP, 34 % des femmes âgées entre 57 et 64 ans, 33 % des femmes âgées entre 65 et 74 ans et 38 % des femmes âgées entre 75 et 85 ont rapporté des difficultés ou une incapacité à atteindre l'orgasme (Waite et al., 2009). En réponse à une question sur la fréquence des orgasmes dans une étude de l'Association américaine des personnes retraitées (AARP; 2010), 13 % des femmes âgées entre 50 et 59 ans, 5 % entre 60 et 69 ans et 7 % après 70 ans ont rapporté ne jamais avoir d'orgasme. Enfin, une femme de la présente étude a parlé d'un problème de douleur lors de la pénétration, en raison de sécheresse vaginale, mais celle-ci se gérait bien. Les résultats de la NSHAP (2009) suggèrent que 12 à 19 % des femmes ont ressenti de la douleur au cours des relations sexuelles dans l'année précédente, alors que ceux de l'AARP (2010) montrent que 83 % des femmes ont rapporté n'avoir presque jamais eu de douleur au cours des relations sexuelles dans les six derniers mois. Par ailleurs, il a été estimé qu'environ 60 % des femmes ménopausées rapportent une sécheresse ou une atrophie vaginale (Krychman, 2013). Par contre, peu de femmes présentent des symptômes graves (Howard, O'Neill, & Travers, 2006).

La plus grande perte sexuelle révélée par les participants de l'étude est la perte des relations sexuelles. Six des aînés interviewés ont avoué être préoccupés par la perte potentielle ou réelle de leurs relations sexuelles. Cette perte est généralement survenue suite à un problème de santé, bien que dans un cas le couple se soit simplement désintéressé de cet aspect de leur vie sexuelle. Chez les aînés pour lesquels la sexualité revêt beaucoup d'importance, la perte des relations sexuelle a créé un vide, de la colère, de l'incompréhension et de la tristesse. À l'opposé, la ménopause et le vieillissement peuvent représenter un prétexte pour se libérer d'un acte sexuel que certains aînés trouvent « dégoûtant ». Bien que la fréquence de l'activité sexuelle ait été grandement étudiée chez les personnes âgées, seule la NSHAP a exploré l'inactivité sexuelle. C'est ainsi que les résultats ont montré que 29 % des aînés mariés ont rapporté ne pas avoir eu d'activité sexuelle dans les 12 derniers mois (Karraker & DeLamater, 2013). Ces auteurs ont trouvé que la durée de la relation, l'âge, le bonheur conjugal et une santé physique faible étaient tous indépendamment reliés avec l'inactivité sexuelle (Karraker & DeLamater). Leurs résultats suggèrent aussi que les deux tiers de leur échantillon inactifs sexuellement considèrent que leur vie sexuelle avec leur conjoint est terminée. Certains vont alors rechercher un autre partenaire sexuel ou retrouveront leurs activités sexuelles à nouveau lorsque leur partenaire, par exemple, guérira d'une maladie (Karraker & DeLamater). Les participants de la présente étude ont fait part des conditions qui leur ont été ou sont favorables au dépassement de cette perte ainsi que les stratégies qu'ils ont mises en œuvre. Ces conditions et stratégies seront discutées dans les sections 4.1.3 et 4.1.4.

Le bien-être sexuel

Il a été impossible de départager totalement le concept de bien-être sexuel de celui de

la sexualité. L'analyse thématique a en effet identifié le bien-être sexuel comme un concept distinct, mais imbriqué dans celui de la sexualité : le bien-être sexuel est à la fois une composante de la sexualité, son sens fondamental et son but. Cette constatation reflète la difficulté dans les écrits scientifiques à définir correctement ces deux concepts tout comme leurs nombreux concepts apparentés (Kleinplatz et al., 2009; Laumann et al., 2006; Rosen & Bachmann, 2008). Nombre d'auteurs ont noté l'inclusion du bien-être sexuel dans le concept de sexualité. Déjà dans les années 1980, Starr et Weiner (1982) ainsi que Brecher (1984) ont intégré le plaisir, la satisfaction et le bien-être sexuels à la mesure de la sexualité pendant le vieillissement. En lien avec le vieillissement réussi, une autre étude a formulé une définition de la sexualité conduisant au bien-être sexuel, plus précisément comme un : « phénomène biopsychosocial complexe, la satisfaction sexuelle étant le résultat d'une intégration réussie des trois domaines » (Bortz et al., 1999, p. M237). Dans sa définition, Butler (2006) a insisté sur l'importance de la satisfaction physique par rapport à l'état ou la qualité de la sexualité pendant le vieillissement. Enfin, des études menées dans des établissements de soins de santé ont présenté le toucher humain et une vie sexuelle saine comme une source de sentiments de joie, d'affection, de passion, de romance et d'intimité (Arena & Wallace, 2008), donc un mélange d'intimité affective et de bien-être sexuel. L'analyse des résultats et des écrits scientifiques conduit à cette définition de la sexualité pendant le vieillissement :

La sexualité des aînés se définit par un processus dynamique en évolution constante orienté vers le bien-être sexuel et dépendant de la valeur, de la place et du sens qui sont attribués à quatre sources potentielles de sens : le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/connexion sexuelle et les pertes sexuelles.

Le bien-être sexuel est un concept imbriqué dans celui de la sexualité, mais représente aussi un concept à part entière. La section qui suit présente une discussion du sens donné

au bien-être sexuel par les aînés.

4.1.2 Sens donné au bien-être sexuel

L'analyse des entrevues a permis d'explorer et de décrire en profondeur comment les aînés en bonne santé générale conçoivent et vivent leur bien-être sexuel. Le bien-être sexuel est une composante de la sexualité, son sens fondamental et son but, et est défini par deux thèmes : la satisfaction vis-à-vis de la vie sexuelle et les sentiments de bien-être et de bonheur.

Satisfaction physique et psychologique envers la vie sexuelle

La présente étude fait voir que la satisfaction de la vie sexuelle, tant au plan physique que psychologique, contribue au bonheur en favorisant le rapprochement, l'ouverture, la communication, la tendresse et l'affection. La satisfaction physique est caractérisée par le plaisir physique et la fréquence des rapports sexuels, alors que la satisfaction psychologique provient de l'intimité affective du couple pendant et en dehors des relations sexuelles. Ces thèmes obtenus par l'analyse thématique rappellent la définition de McFarland et collègues (2011), soit le degré de satisfaction d'une personne envers ses relations sexuelles, incluant le plaisir physique et la satisfaction émotionnelle provenant de la sexualité.

Selon les participants interviewés, la satisfaction physique dépend du plaisir physique ressenti ainsi que de la fréquence des rapports sexuels. La satisfaction physique ainsi présentée évoque l'inclusion par Starr et Weiner (1982) de la satisfaction sexuelle envers les actes sexuels et leurs fréquences dans leur définition de la sexualité des aînés.

Le plaisir physique passe par le simple toucher, les sensations sexuelles et les

orgasmes. Ce type de satisfaction rappelle l'étude de Umidi et al. (2007) et leur question portant sur la satisfaction à l'égard des contacts sexuels, ou l'étude de Beutel et al. (2005) avec des questions sur l'orgasme et la satisfaction envers les rapports sexuels. D'ailleurs, plusieurs études ont depuis longtemps suggéré un lien entre l'orgasme et la satisfaction sexuelle (Edwards & Booth, 1994; Kinsey et al., 1948; Sprecher & McKinney, 1993; Waite & Joyner 2001).

Les résultats obtenus dans cette étude présentent l'importance de la satisfaction quant aux besoins sexuels de chacun des partenaires plutôt qu'envers une fréquence prédéterminée des relations sexuelles. Nombre d'études ont toutefois établi un lien entre la fréquence des activités sexuelles et la satisfaction sexuelle des couples âgés (Edwards & Booth, 1994; Heiman et al., 2011; Sprecher & McKinney, 1993; Waite & Joyner 2001) ainsi qu'avec le bonheur conjugal (Delamater & Moorman, 2007).

La satisfaction psychologique vient de l'intimité affective du couple pendant et en dehors des relations sexuelles, dont la satisfaction de faire plaisir à l'autre. Elle se concrétise par des sentiments d'amour, d'affection, de tendresse, d'estime, de joie et d'amour de faire des choses ensemble. Cette satisfaction psychologique va plus loin que la satisfaction émotionnelle dont parlent McFarland et ses collègues (2011), tout en rappelant les domaines interpersonnel et cognitif-émotionnel du questionnaire mesurant le bien-être sexuel féminin (FSWB) élaboré par l'équipe de Rosen (2009, 2010).

L'analyse thématique de la présente étude n'a pas permis de présenter un sous-thème de satisfaction envers la fonction sexuelle. Pourtant, nombre d'écrits scientifiques ont fait mention du fonctionnement sexuel en relation à l'évaluation globale de la satisfaction sexuelle (p. ex., Rosen et al., 2009, 2010; Schiavi et al., 1994; Trudel, 2002). De même, il a été traditionnellement reconnu dans les écrits scientifiques et dans la pratique

professionnelle que le fait de surmonter les problèmes sexuels ou dysfonctions sexuelles était la clé de la satisfaction sexuelle et de la qualité de vie en général chez les aînés (p. ex., Gelfand, 2000; Ginsberg, 2006). D'ailleurs, l'absence de dysfonction sexuelle serait synonyme de fonctionnement sexuel maximal et représenterait un bien-être et une qualité de vie sexuelle élevée dans la conceptualisation dominante (Syme, 2011). Similairement, il a été suggéré que le bien-être sexuel des aînés réfère non seulement au plaisir sexuel et à l'expression sexuelle, mais aussi à l'adaptation aux modifications du corps, de l'esprit, des relations et des circonstances de la vie (Bradford & Meston, 2007).

Bien-être et bonheur

Le bien-être général est généralement reconnu comme résultant en partie du bien-être sexuel (Laumann et al., 2006). L'analyse des entrevues suggère que les sentiments de bien-être conjugal et général sont en bonne partie reliées au bien-être sexuel des aînés. Leur bien-être et leur bonheur se manifestent par le sentiment d'être heureux, bien avec soi-même et avec l'autre, amoureux, libre, en harmonie, heureux en couple, heureux dans les petites choses simples de la vie. Il s'agit donc d'un tout et non de sentiments strictement reliés à la sexualité.

Il ne fait plus de doute que le bien-être sexuel est fortement relié au bien-être ou bonheur conjugal et général. La grande enquête de l'équipe de Laumann a montré que le bien-être sexuel subjectif était corrélé avec le bonheur général chez 27 500 femmes et hommes âgés (Laumann et al., 2006). De même, la satisfaction sexuelle et la satisfaction conjugale ont présenté une variance commune de 16 % dans un échantillon de 1009 couples provenant de cinq pays différents (Heiman et al., 2011). Delamater, Hyde et Fong (2008) ont également noté que la satisfaction sexuelle est intimement reliée au bonheur

conjugal. Dans la même veine, des auteurs ont montré que la satisfaction sexuelle est positivement associée à la qualité du mariage et à la durée du mariage chez les couples âgés (Edwards & Booth, 1994; Yeh et al., 2006).

Plusieurs études ont désormais démontré que la satisfaction sexuelle est associée au bien-être psychologique des aînés (Hinchliff & Gott, 2004; Hurlbert et al., 2005; Wylie, 2004). La satisfaction sexuelle a aussi été décrite comme faisant intégralement partie du bien-être général des femmes ménopausées (Holzapfel, 1994; Lindau & Gavrilova, 2010). Enfin, de fortes corrélations ont été trouvées entre la satisfaction sexuelle et le vieillissement réussi (Hollis, 1998; Penteado, Fonseca, Bagnoli, Assis, & Pinotti, 2003; Thompson et al., 2011; Woloski-Wruble et al., 2010).

La définition du bien-être sexuel des aînés obtenue grâce à l'analyse thématique concorde donc bien avec les écrits scientifiques : le bien-être sexuel est une composante de la sexualité, son sens fondamental et son but. Il comprend des sentiments de satisfaction physique et psychologique en lien avec la vie sexuelle, ainsi que des sentiments de bien-être et de bonheur avec soi-même, avec l'autre et en général. La satisfaction sexuelle, quant à elle, comprend la satisfaction physique, soit le plaisir physique, la satisfaction de la fréquence des rapports sexuels et la satisfaction psychologique, soit le plaisir de faire plaisir à l'autre et l'intimité affective du couple pendant et en dehors des relations sexuelles. La section qui suit présente les conditions les plus favorables au bien-être sexuel pendant le vieillissement.

4.1.3 Conditions favorables

L'analyse thématique a permis de révéler et de décrire deux catégories de conditions favorables au bien-être sexuel des aînés : les conditions antérieures et les conditions

actuelles. Le thème des conditions antérieures est composé de l'éducation familiale, l'éducation religieuse et les relations précédentes. Le thème des conditions actuelles, quant à lui, est subdivisé en quatre sous-thèmes : les valeurs fondamentales, la retraite, le rapport au corps et la santé.

Conditions antérieures

Les conditions antérieures sont celles qui ne sont pas vécues actuellement par les participants, mais qui ont contribué au bien-être sexuel actuel des aînés. Celles qui ressortent de l'analyse des entrevues sont : l'éducation familiale, l'éducation religieuse et les relations précédentes.

Éducation familiale; des modèles parentaux et de relation de couple. Il est généralement admis dans la documentation scientifique que le processus de développement sexuel commence à la conception et se termine à la mort (DeLamater & Friedrich, 2002). Ce processus est influencé par la maturation/vieillesse biologique, par la progression à travers les étapes développementales à partir de l'enfance jusqu'à l'âge avancé et par les relations avec les autres, incluant la famille et les amis. Ces forces contribuent à construire l'identité, les attitudes et les comportements sexuels, et ce, pendant toute la vie (DeLamater & Friedrich).

La qualité de l'attachement pendant l'enfance, soit un attachement stable, sécurisant et satisfaisant entre l'enfant et les parents facilite habituellement la capacité à établir et maintenir une relation émotionnelle et sexuelle de qualité plus tard dans la vie (Goldberg, Muir, & Kerr, 1995). Plus précisément, la recherche effectuée chez les adultes a montré que les individus ayant connu un lien d'attachement sécurisant pendant l'enfance

devraient avoir plus d'expériences sexuelles positives et plus de satisfaction sexuelle dans leurs relations sexuelles (Mikulincer & Shaver, 2007). Une seule étude sur l'attachement et la sexualité semble avoir été réalisée chez les personnes âgées. Chez 116 couples mariés âgés entre 21 et 75 ans, Butzer et Campbell (2008) ont révélé que les participants ayant de hauts niveaux d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité rapportaient de plus faibles degrés de satisfaction sexuelle. Autrement dit, les individus qui présentent une sécurité d'attachement rapportaient une meilleure satisfaction sexuelle (Butzer & Campbell). Les résultats de la présente recherche vont dans le même sens, en soulignant l'importance d'avoir eu une belle enfance, des parents doux, attentionnés et amoureux. Avoir vu leurs parents échanger baisers et des caresses voire eu connaissance que leurs parents avaient eu une vie sexuelle active constituent des exemples que les aînés ont reproduits dans leur vie de couple. À l'opposé, les aînés interviewés ayant eu une enfance malheureuse, des parents absents ou des conflits avec ces derniers ont rapporté avoir connu et connaître encore des difficultés dans leur vie sexuelle et conjugale.

Éducation religieuse : un carcan dont il est difficile de se départir. L'analyse a montré que la sexualité des participants était taboue et cachée pendant leur enfance et le demeure encore à l'heure actuelle. Les participants ont tous émis l'idée que la sexualité est taboue, privée, personnelle et confidentielle. Il leur est difficile de parler de leur vie sexuelle, que ce soit avec leur conjoint, leur famille ou leurs amis. Les aînés n'en parlent généralement pas, à moins d'avoir un problème de taille. Il a pourtant été montré que la connaissance et l'éducation à propos de questions sexuelles étaient parmi les principaux déterminants de la satisfaction sexuelle (Bortz, 1996; DeLamater & Sill, 2005; Wiley et Bortz, 1996).

Dans leur éducation, la sexualité était teintée de péché et de culpabilité, décrite

comme sale, ayant comme unique but de procréer et où la femme devait répondre au désir sexuel de l'homme. L'activité sexuelle proprement dite est encore conceptualisée et vécue comme étant la pénétration de la femme par l'homme. Tous les participants de l'étude ont été élevés dans la religion catholique, et tous ont lutté et se sont distanciés, dans une certaine mesure, des dictats de l'Église, entre autres par rapport à la sexualité. La révolution féministe des années 1970 et l'existence de cours sur la fonction sexuelle ont contribué à cette distanciation. Ces résultats corroborent ceux d'autres études, qui ont observé que l'éducation religieuse pouvait entraver l'expression et la satisfaction sexuelles des couples âgés en suscitant des sentiments de culpabilité (Ginsberg, 2006; Gott, 2003; Le Gall, Mullet, & Shafighi, 2002). Il a aussi déjà été observé que l'Église catholique semble perdre de son influence en même temps que les mœurs sexuelles se libéralisent (Ginsberg, 2006; Le Gall et al., 2002).

Relations précédentes. Plus de la moitié des participants interviewés ont connu un mariage ou une union précédente. Ils ont révélé avoir précédemment connu un mariage peu satisfaisant, voire marqué d'infidélité de la part du conjoint. Riches de cette expérience, ces aînés ont su refaire leur vie avec une personne qui leur permet de vivre une vie amoureuse et sexuelle plus épanouie. Cet épanouissement dans une nouvelle union ne serait donc pas ou sinon très peu le fait de « l'effet lune de miel » (James, 1981). Selon cette explication, la nouveauté de l'expérience sexuelle déclinerait à mesure que la durée du mariage augmente, d'où une diminution de la fréquence sexuelle (Blumstein & Schwartz, 1983; DeLamater & Sill, 2007). Il a en effet été montré que la durée du mariage a un effet négligeable sur l'activité sexuelle. Une grande partie de ce déclin s'explique, d'après ces auteurs, par une diminution de la proportion des couples pratiquant le coït

plutôt que par une diminution graduelle de l'activité sexuelle chez les mêmes couples (Call et al., 1995). Une étude qualitative a d'ailleurs révélé que le déclin de l'activité sexuelle était principalement dû à un déclin de la santé plutôt qu'à la durée du mariage (Lodge & Umberson, 2012).

Selon Hurd Clarke (2006), les personnes qui se remarient peuvent se montrer davantage motivées à retrouver une intimité amoureuse. Dans une étude qualitative, Hurd Clarke a montré que les femmes remariées après 50 ans étaient initialement plus passionnées et actives sexuellement. Toutefois, comme dans l'étude qui fait l'objet de ce mémoire, la fréquence de l'activité sexuelle, aussi définie par les relations sexuelles, avait décliné, habituellement en relation aux problèmes de santé du mari (Hurd Clarke). Une étude conduite avec 1147 personnes divorcées âgées entre 40 et 70 ans a indiqué que le fait de s'engager dans des activités sexuelles ainsi que la fréquence de l'activité sexuelle dans les derniers six mois étaient principalement associés avec le fait d'être remariés (AARP, 2004).

Conditions actuelles

Les conditions actuelles sont celles qui exercent toujours un rôle dans la perception du bien-être sexuel. Elles regroupent les valeurs fondamentales, la retraite, le rapport au corps et la santé.

Les valeurs fondamentales : l'authenticité, la confiance, le respect et la fidélité.

L'analyse des entrevues a exposé l'importance des valeurs d'authenticité, de confiance, de respect et de fidélité comme base à la vie de couple et à la vie sexuelle des aînés interrogés. Ceux-ci ont mentionné être capables de prendre des décisions authentiques

dans leur vie de couple et leur sexualité avec le risque de se faire rejeter. Cette authenticité leur permet d'ailleurs de vivre leur sexualité comme ils le sentent et le désirent, dans toute la singularité de leur vie et de leur corps vieillissant.

Selon les participants, les valeurs de confiance, de respect et de fidélité sont des prérequis à leur bien-être sexuel. Le respect de soi et de l'autre est primordial dans l'amour et la sexualité, la fidélité étant une marque de respect envers son ou sa partenaire. Le lien de confiance, quant à lui, est à la base de la fidélité, du plaisir et de la relation conjugale. L'amour et la confiance sont comme du cristal, une fois brisée, la coupe en cristal ne se recolle pas. Par respect pour son ou sa partenaire et pour garder et consolider leur lien de confiance, un aîné lui reste fidèle, et cette confiance lui permet se sentir libre et bien avec soi-même, sans tromper l'autre.

Ces résultats concordent avec ceux de Kleinplatz et al. (2009) sur la sexualité optimale. L'authenticité, soit l'acte d'être complètement et réellement soi-même et transparent avec l'autre est décrit comme un élément essentiel de la sexualité optimale. De plus, le thème de l'intimité sexuelle et érotique doit inclure un profond respect mutuel, une acceptation réelle et une profonde confiance (Kleinplatz et al.).

La retraite. La grande majorité des participants ont déclaré avoir un cadre de vie plus détendu depuis la retraite, permettant de libérer, s'ils le désirent, plus de temps pour la vie de couple et la sexualité. Ces aînés ont donc fait mention, à la retraite, d'un rapprochement du couple, de plus d'activités de couple, d'une relation plus détendue, moins pressée. Schiavi (1999) a fait remarquer que le vide créé par la cessation du travail laisse davantage de place aux autres sources de sens telles que les relations familiales et de couple. Plus récemment, DeLamater (2012) a expliqué qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie,

davantage d'ainés seuls ou en couple peuvent effectivement se retrouver avec plus d'opportunités de s'engager dans une vie sexuelle active. Il reste que la gestion de ce temps libre peut parfois compliquer la vie amoureuse et sexuelle, stratégie qui sera discutée plus loin.

Le rapport au corps. L'analyse thématique des entrevues a montré l'importance d'un rapport au corps qui soit positif, en particulier dans la nudité. Le désir et l'attirance, même pour les aînés, est essentiel à la continuité de la sexualité, et dépend beaucoup du rapport au corps. Plusieurs aînés ont révélé être insatisfaits, voire frustrés de leur corps ou de celui de leur conjoint ou conjointe. Les femmes surtout ont révélé se sentir vieilles, ridées, grosses, bien qu'une minorité d'entre elles aient réussi à s'accepter telle qu'elles sont malgré les images d'hypersexualisation des jeunes présentes dans les médias nord-américains. Ces résultats appuient les études sur l'hypersexualisation, l'image corporelle et l'image corporelle sexuelle.

Il appert important de situer l'image corporelle des hommes et femmes âgés dans leur contexte socioculturel nord-américain. Celui-ci associe l'attirance physique et la désirabilité à la jeunesse, la minceur, la santé, la tonicité et une apparence sans rides. En même temps, le corps âgé, et spécialement le corps féminin âgé, est considéré comme asexuel, non attirant et qui ne mérite même pas d'être remarqué (Calasanti & King, 2005; Hurd Clarke, 2010). D'après Marshall (2011), la perte d'une apparence et d'une fonction sexuelle jeunes concorderait avec la fin de l'espérance de vie sexuelle et deviendraient dès lors des marqueurs importants de l'entrée dans le quatrième âge, soit la dernière étape de la vie.

C'est dans ce contexte socioculturel que des chercheurs se sont penchés sur l'étude

de l'image corporelle des aînés (Hurde Clarke & Korotchenko, 2011). Des études ont révélé que les hommes âgés ont une meilleure estime d'eux-mêmes et expriment moins d'inquiétudes que les femmes à propos de leur apparence et des changements corporels reliés au vieillissement (Demarest & Allen, 2000; Ferraro et al., 2008; McMullin & Cairney, 2004). Des résultats opposés ont cependant amené des auteurs à former l'hypothèse que les hommes âgés se retrouvent désormais tout aussi susceptibles aux pressions culturelles que les femmes afin de maintenir une apparence jeune (Baker & Gringart, 2009).

L'image corporelle sexuelle a été très peu étudiée chez les personnes âgées (Montemurro & Gillen, 2013). À partir d'entrevues menées auprès de 95 femmes âgées entre 20 et 68 ans, des chercheurs ont trouvé que la sexualité et les sentiments de désirabilité des femmes sont influencés par l'apparence, les médias, la famille et leur conjoint (Montemurro & Gillen). Bien que l'image corporelle sexuelle soit plus souvent positive que négative chez les femmes de tout âge, il semble que les femmes de 50 ans à 68 ans aient plus tendance à accepter leur corps et à ne pas sentir influencées par les pressions sociales (Montemurro & Gillen, 2013).

La santé : une bonne santé et forme physique, les problèmes de santé et la ménopause.

Bien qu'une bonne santé représente un critère d'inclusion à l'étude, certains des participants ont déclaré avoir un conjoint avec des problèmes de santé. Tous les participants de l'étude ont évoqué l'importance d'une bonne santé et une bonne forme physique pour la continuité de la vie sexuelle, à la fois pour eux-mêmes et leurs conjoints. D'après l'analyse des résultats, la santé aide beaucoup à la fonction sexuelle, mais n'est ni suffisante ni essentielle à une vie sexuelle épanouie. La sexualité va bien au-delà de la

fonction sexuelle, car la vie sexuelle « se vit dans la tête » avant tout. DeLamater (2012) a constaté dans sa recension des écrits que le bien-être physique est important pour l'expression sexuelle, mais qu'il y a peu de preuves indiquant que les changements physiologiques normaux qui accompagnent le vieillissement aient un impact sur le fonctionnement sexuel. Une étude avec un échantillon représentatif des Américains âgés a montré que les hommes et les femmes qui ont évalué leur santé comme étant mauvaise étaient moins susceptibles d'être sexuellement actifs. Parmi les répondants en mauvaise santé qui étaient sexuellement actifs, ceux-ci étaient plus susceptibles de signaler des problèmes sexuels (Lindau et al., 2007). D'ailleurs, les résultats de la NASHAP ont montré que les aînés ayant rapporté une bonne ou excellente santé se sont avérés plus actifs sexuellement que ceux dont la santé était qualifiée de moyenne ou mauvaise (Lindau & Gavrilova, 2010). Enfin, les résultats de l'AARP (2010) ont montré une forte association entre la santé perçue et le fait de s'engager dans une relation sexuelle une fois par semaine.

Malgré la présence d'assèchement vaginal, la ménopause n'a pas constitué un obstacle à la poursuite des relations sexuelles pour les participantes de l'étude. Certaines études précédentes ont rapporté une diminution de l'activité sexuelle en lien avec la ménopause, alors que d'autres ont montré que les femmes ne rapportaient aucun changement (Koch, Masfield, Thyrau, & Carey, 2005). Il a été estimé à 60 % le taux de femmes ménopausées affectées par la sécheresse et l'atrophie vaginales, mais les répercussions sur la sexualité peuvent varier de nulles à sévères (Krychman, 2013).

Les participants de la présente étude indiquent que les problèmes de santé peuvent, dans certains cas, avoir des répercussions négatives sur leur sexualité et leur vie de couple. Toutefois, dans les cas où la sexualité était jugée importante et que le problème de santé

n'était pas trop envahissant, les aînés poursuivaient les activités sexuelles tout en faisant attention. Les écrits scientifiques vont dans le même sens que ces résultats. Une étude australienne (Howard et al., 2006) a conclu que les femmes avec des problèmes de santé tels que l'arthrite, le diabète ou aussi graves qu'un cancer du sein ne montraient pas plus de détresse sexuelle que les femmes n'ayant pas de problème de santé. Une étude finlandaise a pour sa part conclu que les maladies physiques ne causent que rarement des problèmes sexuels (Kontula & Haavio-Mannila, 2009). À l'opposé, d'autres études ont montré un lien entre certains problèmes de santé et des problèmes sexuels, même si ces derniers ne prédisent pas forcément un plus faible bien-être. Une association a été observée entre le diabète et les difficultés érectiles (Lindau et al., 2007; Moreira et al., 2008) de même qu'avec une activité sexuelle moindre chez la femme et une diminution de la masturbation à la fois chez la femme et l'homme (Lindau et al., 2007). L'étude de Lindau et al. a aussi noté un lien entre l'hypertension et le manque de plaisir chez l'homme. Finalement, les résultats indiquent que le diabète et l'hypertension sont associés à des dysfonctions sexuelles à la fois chez l'homme et la femme âgées (Lindau et al.). Les résultats de la présente étude qualitative apportent un éclairage nouveau à ces grandes études nationales. : Ce ne serait pas tant la maladie ou le problème de santé qui serait directement à l'origine de la continuité et de la satisfaction des relations sexuelles, mais le sens qui y serait accordé.

4.1.4 Stratégies favorables

L'analyse thématique des entrevues a permis d'identifier et de décrire un éventail de stratégies favorables au bien-être sexuel des couples âgés. Les stratégies dites relationnelles comprennent la création d'un climat positif, la gestion des activités et du

temps et la gestion des conflits. Les stratégies dites sexuelles se composent de la gestion des relations sexuelles et de la gestion des problèmes sexuels.

Les stratégies relationnelles

L'analyse thématique suggère que les stratégies relationnelles permettent d'améliorer non seulement le bien-être conjugal mais aussi le bien-être sexuel et l'actualisation sexuelle.

Création d'un climat positif. Une stratégie relationnelle essentielle consiste à créer une atmosphère positive dans la maison, qui soit propice au rapprochement et à une vie sexuelle plus intime. Les participants interviewés ont fait part de l'importance de la création d'un climat conjugal positif sur l'intimité affective de la sexualité. Cette atmosphère se crée par des démonstrations d'amour réciproques et une bonne communication non-sexuelle. Les démonstrations d'amour passent par la tendresse, l'affection, le toucher mais aussi par des attentions quotidiennes comme des petits cadeaux, des repas préparés avec amour ou des petits services. Dans une des rares études sur les prédicteurs de la satisfaction conjugale des aînés, Kaslow et Robinson (1996) ont trouvé que les époux heureux percevaient les comportements de soutien et les interactions positives comme étant des facteurs très importants pour leur relation à long terme. Une autre étude a montré que la réciprocité perçue dans le couple est jugée essentielle à la satisfaction relationnelle des individus âgés (Acitelli & Antonucci, 1994). Dans la même veine, Mancini et Bonanno (2006) ont obtenu des résultats suggérant que la qualité et la proximité conjugales sont des ressources vitales à l'âge avancé, lorsque les incapacités fonctionnelles prennent beaucoup de place et que la conscience de la mortalité s'aiguise.

Enfin, d'après Bitzer, Platano, Tschudin et Alder (2008), l'intimité émotionnelle cultivée à long terme, une longue histoire de vie commune et des expériences partagées sont tous des facteurs contribuant à une empathie et une solidarité réciproque.

La communication non-sexuelle prend une grande place chez les deux tiers des participants interviewés pour créer un climat positif dans le couple, soit en parlant de ses sentiments et en faisant des compliments, ou simplement en étant à l'écoute de l'autre. Une communication positive a été reliée à la satisfaction maritale des aînés par une volonté de clarifier les attentes mutuelles (Rehman & Holtzworth-Munroe, 2007). L'étude de Kaslow et Robinson (1996) a d'ailleurs montré que les époux âgés heureux utilisaient des stratégies de communication positive et avaient des partenaires qui savaient bien écouter. Gottman et Levenson (2000) ont même trouvé que l'absence d'interactions positives, plus que la présence d'interactions négatives, étaient reliés à la prédiction du divorce chez les aînés.

Gestion des activités et du temps. Une fois à la retraite, les couples âgés doivent composer avec une moyenne de 60 heures par semaine à remplir pour des activités en couple ou séparés (Robinson, Werner, & Godbey, 1997). Avant la retraite, chacun des époux possède sa sphère d'influence et ses activités. La retraite crée une structure conjugale très différente qui change totalement les habitudes quotidiennes (Trudel, Turgeon, & Piché, 2010). La gestion du temps et des activités du couple passe par de petits moments ensemble pour se rapprocher mais aussi par des moments seuls sans le conjoint. Les moments passés ensemble varient beaucoup selon les capacités et les intérêts des aînés. Certains ont trouvé leur bonheur ensemble à lire le journal et faire des mots croisés,

d'autres à boire une bonne bouteille de vin devant le foyer, suivre des cours pour aînés, aller à la messe ou au cinéma, ou même à faire des voyages à l'étranger. Ces résultats appuient le peu de recherche sur la satisfaction conjugale des aînés. Roberts (1980) a fait remarquer que les conjoints vivant bien le passage à la retraite savent comment délimiter leur territoire et leurs intérêts et arrivent à développer une nouvelle structure. Les partenaires mettent ainsi l'accent sur la relation, la compréhension mutuelle et l'expression. Schmitt et al. (2007) et Landis et al. (2013) ont effectivement montré que les interactions dyadiques, qui incluent entre autres les activités conjointes, sont reliées à la satisfaction relationnelle des couples âgés. Une étude portant sur des octogénaires mariés et heureux a montré que ceux-ci passent plus de 50 % de leur temps éveillé ensemble (Waldinger & Schulz, 2010).

L'étude de Waldinger et Schulz (2010) a d'ailleurs révélé une association positive entre le temps passé avec d'autres individus que l'époux et le niveau de bonheur du couple. La présente étude donne une explication à ces résultats. Les participants de la présente étude ont présenté l'importance de garder une certaine distance de leur conjoint via des moments seuls ou avec d'autres personnes de façon à mieux apprécier les moments ensemble. Ils peuvent ainsi socialiser, se réaliser dans des activités qui leur sont propres ou simplement combler un besoin de solitude ou d'espace.

Gestion des conflits. Un peu moins de la moitié des participants ont rapporté n'avoir connu que des conflits mineurs dans leur relation de couple. La rénovation de la cuisine, l'oubli d'un anniversaire ou les habitudes de vie du partenaire créent des frictions mais sont facilement gérables. Deux récentes études québécoises ont montré que les aînés de 65 ans et plus rapportaient de hauts taux de satisfaction maritale (Goldfarb, Trudel, Boyer,

& Prévile, 2009; Trudel, Villeneuve, Prévile, Boyer, & Fréchette, 2010). Les auteurs ont expliqué ces résultats par le fait que les aînés ont moins de conflits et davantage de plaisir que les jeunes couples (Levenson et al., 1994; Trudel et al., 2010). L'équipe de Levenson a d'ailleurs montré que les couples âgés expriment moins d'affects négatifs et plus d'affection pendant les disputes (Carstensen, Gottman, & Levenson, 1995) et plus d'affects positifs durant les diverses interactions que les couples plus jeunes (Levenson et al., 1994).

Seulement deux des aînés interviewés ont confié se chicaner fréquemment ou avoir des problèmes de couple, principalement à cause de leur tempérament dit « difficile ». Ces conflits sont susceptibles d'avoir un effet négatif sur la sexualité du couple en allant à l'encontre d'une atmosphère propice. Même si les couples âgés semblent connaître moins de disputes que leurs homologues plus jeunes, ils font quand même face à des désaccords et déceptions (Miller, Hemaseth, & Nelson, 1997). Selon Leiblum (1990), les conflits conjugaux sont souvent la source de difficultés sexuelles chez les couples âgés. Tout particulièrement, le départ des enfants de la maison déplacerait la focalisation de l'attention du couple vers les enfants plutôt que vers des conflits non résolus. L'intérêt sexuel pourrait se retrouver grâce à des thérapies de couple (Leiblum, 1990). Aucun des participants interviewés dans la présente étude n'a mentionné de problème lié au départ des enfants. Toutefois, un de ces couples avait connu le décès de deux de leurs enfants. Le premier décès, tragique, avait conduit le couple à s'éloigner, le désir étant mort en même temps que l'enfant. Une thérapie de couple les avait aidés, par la suite, à se retrouver. Le second décès était survenu après une longue maladie et avait, au contraire du premier, contribué à la solidité de l'union conjugale.

Plus récemment, une étude qualitative conduite auprès de 105 couples âgés a dégagé divers thèmes à propos des défis ou problèmes à relever à l'âge avancé : les activités agréables, l'intimité, les finances, la personnalité, les relations intergénérationnelles, les inquiétudes à propos de la maison, les habitudes de santé et la retraite/travail (Henry, Miller, & Giarrusso, 2005). Ces études n'ont toutefois pas explorés les stratégies mises en œuvre pour gérer ces conflits.

Les participants de la présente étude ont apporté un éventail de stratégies de gestion de conflits : se changer plutôt que de tenter de changer l'autre, accepter sa propre imperfection et celle de l'autre, affronter ensemble les problèmes dès qu'ils se présentent, et enfin, affronter les pensées par le rire. Une seule recherche semble avoir apporté des stratégies pour gérer les conflits relationnels des couples âgés. Dans une récente étude québécoise, 80 couples retraités ont reçu une intervention visant à améliorer leur fonctionnement conjugal et sexuel (Trudel et al., 2008). Des améliorations ont été notées concernant deux fausses croyances, soit les désaccords sont destructifs et les partenaires ne peuvent pas changer, ainsi que deux bonnes croyances, la perfection sexuelle et la télépathie n'existent pas. Ce dernier point rappelle la nécessité d'affronter les problèmes dès qu'ils se présentent.

Les stratégies sexuelles

Les stratégies sexuelles se composent également de deux grands sous-thèmes : la gestion des relations sexuelles et la gestion des problèmes sexuels. Tout comme l'a fait remarquer Schiavi et al. (1994), plusieurs couples développent avec le temps des stratégies psychologiques et comportementales pour faire face aux changements physiologiques

dans la fonction sexuelle qui surviennent avec l'âge.

Gestion des relations sexuelles. Le thème de la gestion des relations sexuelles comprend deux sous-thèmes : l'initiation des relations sexuelles et l'ouverture sexuelle.

L'analyse des entrevues a montré que *l'initiation des relations sexuelle* peut être facile et naturelle, ou au contraire, source de conflits. Selon Gossman, Mathieu, Julien et Chartrand (2003), même s'il est attendu que l'initiation sexuelle ait un effet important sur la sexualité des couples bien établis, les facteurs contribuant à l'initiation sexuelle proviennent principalement de quelques études effectuées chez des jeunes adultes en situation de rencontre ou de contextes fictifs. Ces études ne peuvent donc pas facilement être extrapolées à l'initiation sexuelle des couples mariés (Gossman et al.) et encore moins aux couples âgés. Toutefois, ces auteurs ont développé et évalué le Sexual Initiation Scale (SIS; Gossman et al., 2002; Gossman et al., 2003) dans des relations de couple à long terme. Chez 101 couples adultes, ils ont remarqué que les initiations réciproques font sentir l'autre partenaire désiré et en sécurité et réduisent les hésitations, les risques de mal interpréter des messages ambigus et de faire rejeter ses avances (Gossman et al., 2003). Il est d'ailleurs intéressant de noter que des études effectuées chez les adultes ont montré que les individus ayant développé un style d'attachement sécurisant sont davantage susceptibles d'avoir des relations sexuelles mutuellement initiées (Brennan & Shaver, 1995). L'analyse des entrevues a aussi montré que l'initiation peut se faire très facilement, naturellement, spontanément, comme l'ont rapporté quatre des aînés interviewés. Ces couples se montrent presque toujours disponibles, sexuellement, l'un à l'autre, et en ont envie simultanément. Que la libido soit la même ou pas, la gestion des relations sexuelles apparaît plus facile si la femme entreprend parfois les relations sexuelles. Reste que c'est

l'homme qui se montre le plus entreprenant et le plus persistant pour satisfaire un besoin sexuel.

Quatre des participants de la présente étude ont rapporté que l'initiation des relations sexuelles est souvent problématique. Certaines femmes ont mentionné ne pas initier les relations sexuelles par manque de libido ou simplement parce qu'elles ne s'imaginent même pas cela possible. Les perceptions de la sexualité de ces femmes demeurent, malgré leur cheminement, empreintes de la conception catholique de la relation sexuelle, où l'homme « propose et la femme dispose ». Bitzer et son équipe (2008) mentionnent à ce propos que la société a enseigné aux femmes des normes et des rôles rigides qui ne laissent que peu de place à l'auto-exploration et à l'auto-détermination. Une « bonne fille », dans leur éducation, doit être timide, réservée, contrôlée, mature et ne doit pas entretenir de fantasme sexuel explicite. Qui plus est, la sexualité est pour le mariage ou pour la reproduction plutôt que pour le plaisir (Bitzer et al.). Initier ou encourager les relations sexuelles ne fait pas partie des rôles qui leur sont attribués. L'étude de Gossman et al. (2003) a quant à elle suggéré que plus la différence entre les partenaires est grande dans l'utilisation de stratégies directes pour initier l'acte sexuel, plus grande est la probabilité qu'il y ait un manque d'intérêt sexuel et de désir entre eux.

Pour faciliter la gestion des relations sexuelles, les participants ont dit avoir recours à des indicateurs spécifiques : ce peut être une journée spéciale de la semaine, monter ensemble à l'étage, un temps de lecture, l'attente d'une fréquence particulière, une réaction franche aux avances de l'autre. Des aînés ont rapporté être surtout à l'écoute de leurs émotions et de leurs sensations, les leurs et celles de leur partenaire, pour déterminer si c'est un bon moment pour initier une relation sexuelle. D'autres personnes peuvent

avoir recours à des indicateurs plus clairs, comme un mot précis ou un pot de vaseline ou de lubrifiant posé sur la table de chevet. Une étude effectuée chez des adultes a montré des différences de genre dans les stratégies utilisées pour l'initiation des relations sexuelles dans les relations de couple de longue durée (Gossman et al., 2002). Pour initier les relations sexuelles, les hommes ont rapporté utiliser davantage de stratégies indirectes telle que de proposer une sieste alors que les femmes ont rapporté montrer davantage d'intimité émotionnelle (Gossman et al., 2002).

L'initiation des relations sexuelles se voit facilitée par une participation proactive de la femme, des partenaires à l'écoute de leurs émotions et sentiments, des indicateurs clairs et compris de part et d'autres, ainsi que des outils ou routines habituelles. À cet effet, Schiavi et al. (1994) ont remarqué que la satisfaction sexuelle était prédite par la capacité du couple à moduler leurs demandes sexuelles en fonction du désir sexuel et de la capacité sexuelle de chacun, ainsi que par l'habileté à communiquer et à faire des compromis (Schiavi et al.).

La présente étude a également révélé l'importance de l'*ouverture sexuelle*. Il s'agit de se montrer ouvert à soi, à ses propres sensations sexuelles, et d'être capable de les partager. Il s'agit aussi d'être ouvert aux besoins et sensations de l'autre et de se montrer patient et respectueux. Une minorité d'ainés interviewés ont mentionné trouver très important de parler souvent de sexualité à tout moment, de ce qu'ils ressentent quand ils font l'amour. Ces aspects de l'ouverture sexuelle rappellent certains thèmes de la sexualité

optimale de Kleinplatz et al. (2009), soit d'être présent, connecté, vulnérable et authentique et savoir communiquer. Ce thème rejoint aussi une conclusion de l'étude de Gossman et al. (2003) à l'effet que le manque de communication intime est un facteur important inhibant la fréquence de l'activité sexuelle et la satisfaction sexuelle. Les résultats de ce mémoire concordent aussi avec le premier type de congruence de l'actualisation sexuelle tel que décrit dans le cadre théorique de ce mémoire, soit l'ouverture à l'expérience. En effet, selon la théorie de l'actualisation optimale du potentiel en lien avec le sens à la vie (Leclerc, 2007), la congruence entre l'image de soi et l'expérience [sexuelle] nécessite une représentation consciente et correctement symbolisée de son expérience [sexuelle], celle de son partenaire ainsi que de son environnement. Cette représentation réaliste devient possible par le biais d'une écoute attentive de ses pulsions, désirs et besoins [sexuels], ainsi que d'une réceptivité, une ouverture à son environnement (Leclerc).

Les aînés ont rapporté se montrer ouvert aux nouvelles expériences. Ces nouvelles expériences peuvent consister à faire l'amour à la clarté, offrir ou recevoir des fellations, prendre un bain ou une douche à deux, essayer des positions différentes, ou tout simplement à prendre des risques dans le toucher. De fait, Woloski-Wruble et al. (2010) ont montré que la satisfaction sexuelle est davantage relié à la variété des activités sexuelles plutôt qu'à leur fréquence. Dans cet ordre d'idées, Leiblum (1990) présente une série de conseils pratiques pour les couples âgés : essayer de nouvelles positions en cas de maux de dos ou d'obésité, choisir un moment de la journée où le couple est reposé ou simplement changer de routine, d'endroit, de circonstance ou de moment pour l'acte sexuel. L'auteur rapporte de plus que les stratégies telles que les massages, les bains ou

les caresses orales permettent de contribuer à l'intimité physique et émotionnelle tout en limitant la peur de la pression de performance pour l'homme (Leiblum, 1990).

Certains des individus interviewés dans la présente étude ont été recruté via un cours de l'Université du Troisième Âge. Deux d'entre eux ont mentionné avoir beaucoup bénéficié d'un cours portant la sexualité des aînés. Fazio (1987) a aussi développé un programme pour aider les aînés à mieux prendre conscience du processus normal du vieillissement sexuel. Le programme vise à promouvoir la confiance, l'affection et l'intimité dans le couple, par le biais de trois rencontres ou plus.

La gestion des problèmes sexuels et de la perte de la vie sexuelle. D'après l'analyse des entrevues, la gestion des problèmes sexuels et de la perte des relations sexuelles comprend six thèmes : la remise en question, l'acceptation, la communication des problèmes, la recherche d'aide technique, la recherche d'aide extérieure et enfin, la compensation par d'autres sources de sens.

La remise en question requiert une introspection avec parfois l'aide de la spiritualité, des lectures, la rencontre de personnes significatives. Pour Bitzer et son équipe (2008), les couples âgés qui font face à un problème d'ordre sexuel doivent trouver un équilibre dynamique qui nécessite tout d'abord une capacité d'introspection, d'acceptation et de connaissance de soi. Une autre étude récente a observé que la recherche d'information sur la santé sexuelle des aînés apparaît limitée à Internet et aux docteurs à la télévision ou des alternatives populaires telles que Dr. Oz (Mortin, Kin, & Treise, 2011).

La communication des problèmes dans le couple est primordiale lorsqu'il est question

de sexualité. Elle n'est pas toujours facile et demande tout d'abord d'être à l'écoute de ses ressentis. L'homme peut ainsi sentir s'il est en forme et apte à une relation sexuelle, ou la femme prendre conscience de l'intensité de la douleur qu'elle peut gérer pendant l'acte sexuel pour avoir du plaisir. Il s'avère alors important de s'ouvrir au conjoint et de bien communiquer ses ressentis et besoins sexuels. Une écoute attentive et respectueuse du ou de la partenaire contribue à une meilleure communication. Les techniques de thérapie sexuelle de Kaplan (1990), telles que la stimulation orale ou manuelle ou le changement de position pour faire face aux érections moins rigides, ont donné beaucoup d'importance à la communication entre partenaires et à l'intimité dans le couple âgé.

Les participants ont mentionné avoir recours parfois à de *l'aide technique* telle que des lubrifiants ou médicaments érectogènes pour les aider à pallier à leurs problèmes sexuels. En 2006, le marché des médicaments pour contrer la dysfonction érectile était d'environ un milliard de dollars par année aux États-Unis (MacDougall, 2006). L'étude de Lindau et al. (2007) a indiqué pour sa part que 14% de tous les hommes âgés rapportaient utiliser une médication ou des suppléments pour améliorer leur fonction sexuelle. Comme aide technique, Kaplan (1990) a également apporté l'idée d'utiliser des dilateurs en plus des lubrifiants. Plus récemment, une étude a indiqué que 25% des femmes âgées entre 60 et 69 ans, 13% de celles entre 70 et 79 ans et 7% de celles âgées entre 80 et 89 ans recourent fréquemment à l'utilisation de lubrifiants (Thompson et al., 2011). Une autre étude a montré que l'optimisation du fonctionnement sexuel par de simples exercices comme la focalisation sensorielle ou la restructuration cognitive peut augmenter la satisfaction sexuelle et le désir des couples âgés (Trudel et al., 2008).

L'analyse des entrevues a montré que lorsque les pertes apparaissent remédiables mais que la remise en question, la communication sexuelle et l'aide technique ne suffisent pas, les aînés peuvent aller chercher de *l'aide extérieure*, que ce soit auprès d'un médecin, un psychologue ou un sexologue. La plupart des aînés interviewés ayant connu des difficultés sexuelles se sont tournés vers les médecins qui les ont orientés soit vers des hormones, des médicaments érectogènes ou vers des groupes de soutien. Une étude a rapporté que 45 % des personnes âgées entre 45 et 65 ans avaient déjà cherché de l'aide médicale en lien avec le fonctionnement sexuel. Douze pourcent des personnes de ce groupe d'âge et 14 % des personnes de plus de 65 ans avaient pris une médication ou suivi un traitement pour ce genre de problème (Knowledge Networks, 2010). De même, des 1381 participants retraités de l'étude AARP (1999), 28 % des hommes et 13 % des femmes âgées avaient déjà consulté pour un traitement relié à leur fonction sexuelle; environ la moitié d'entre eux ont consulté leur médecin de famille, l'autre moitié ayant consulté un médecin spécialiste. Soixante pourcent de ces personnes ont rapporté une amélioration de leur satisfaction sexuelle (AARP, 1999). Enfin, une étude australienne a révélé des statistiques similaires. Chez les personnes de 40 à 80 ans ayant rapporté au moins une difficulté sexuelle, 22 % était allé chercher de l'aide de la part d'un professionnel de la santé, le plus souvent un médecin (Moreira et al., 2008). Même si ce n'est qu'une minorité des aînés ayant des problèmes sexuels qui consultent un professionnel de la santé, la plupart d'entre eux aimerait avoir l'opportunité de le faire (Moreira et al., 2005; Nusbaum et al., 2004).

Les aînés ont mentionné l'importance de *l'acceptation*, soit se contenter, ou de s'habituer aux pertes. Quand la communication des problèmes sexuels et la recherche d'aide technique ou extérieure ne comblent pas la perte, diminuer le niveau d'exigence

des critères en fonction de la réalité de leur sexualité a permis aux aînés interviewés de s'habituer à leur nouvelle vie sexuelle et de mieux s'en contenter. Dans le cas de perte de la vie sexuelle, soit des relations sexuelles, une bonne partie du deuil s'effectue grâce à l'acceptation rendue possible par la compréhension et le réconfort spirituel. Cette acceptation permet de laisser la place à d'autres sources de sens. Par contre, dans une situation de vieillissement avec perte(s) menaçant l'identité sexuelle et l'estime de soi, la personne âgée doit accepter complètement cette perte afin de découvrir de nouvelles sources de sens et de pouvoir y consacrer de l'énergie. Ce résultat concorde avec le modèle théorique de l'actualisation sexuelle en lien avec le sens à la vie, tel que décrit par Leclerc (2007). Ce modèle suggère qu'en situation de vieillissement avec perte(s) menaçant l'identité sexuelle et l'estime de soi, la personne âgée devrait accepter complètement cette perte afin de découvrir de nouvelles sources de sens et de pouvoir y consacrer de l'énergie.

Les participants ayant perdu leurs relations sexuelles ont rapporté avoir comblé le vide par autre chose de significatif, par la *compensation vers d'autres sources de sens de la sexualité*. Une fois l'acceptation de la perte, ce vide se comble par d'autres sources de satisfaction qui permettent de rester heureux. Cette compensation s'effectue soit par des sources de sens sexuels comme l'intimité sexuelle, soit par des sources de sens extérieures à la sexualité, des activités et centres d'intérêts comme les arts, le bénévolat, la lecture, l'activité physique ou la spiritualité. Ces diverses satisfactions permettent de continuer d'attribuer un sens à la vie malgré la perte sexuelle. Les écrits scientifiques semblent avoir négligé d'étudier comment les aînés surmontent la perte importante qu'est souvent celle de la vie sexuelle. Toutefois, ce résultat appuie encore le modèle théorique de Leclerc (2007). En effet, le développement de la sexualité est considéré comme réussi dans la

mesure où l'ainé, après avoir accepté sa ou ses pertes découvre de nouvelles sources de sens à sa sexualité, sélectionne les domaines de développement les plus favorables à son bien-être sexuel, puis compense la ou les pertes en optimisant ces domaines.

4.2 Portée de l'étude

D'après l'OMS (2006), il est primordial d'explorer comment les personnes elles-mêmes définissent et comprennent la sexualité et la santé sexuelle pour que les professionnels de la santé puissent mieux aider les aînés. Les retombées de cette recherche sont multiples. En premier lieu, les définitions de sexualité et de bien-être sexuel des aînés obtenues empiriquement offrent un point de départ aux chercheurs et aux professionnels de la santé. Ces définitions permettent de mieux comprendre et étudier la sexualité des aînés à partir de la subjectivité propre à chaque individu de même qu'avec des caractéristiques présentes chez chacun d'entre eux. Ces définitions sont cohérentes avec celles retrouvées dans les écrits scientifiques, mais contiennent également des éléments nouveaux et originaux. Elles sont beaucoup plus inclusives que les définitions antérieures grâce à un canevas de questions d'entrevues basés sur une théorie de l'actualisation du potentiel pendant le vieillissement en lien avec le sens à la vie de Leclerc (2007). De ce fait, les définitions obtenues permettent de combler les fossés entre les études psychomédicales, humanistes, gérontologiques et sociologiques. Dans le futur, les chercheurs pourront se baser sur des définitions empiriques qui tiennent compte à la fois des pertes et de la croissance pendant le vieillissement. Il sera donc possible d'étudier la sexualité des aînés avec toutes ses sources de sens, quel que soit leur degré de présence chez la personne. Cette nouvelle conceptualisation devrait étendre la compréhension de la

sexualité et permettre de l'étudier avec plus de rigueur et de nuance.

Les conditions présentées par cette étude, passées ou actuelles, pourront permettre une meilleure compréhension de la réalité sexuelle vécue des couples âgés. Bien que ces derniers ne puissent pas avoir de contrôle sur l'ensemble de ces conditions, ils pourront mieux comprendre leur vécu amoureux et sexuel, et apprendre à s'actualiser sexuellement à partir des bonnes conditions existantes.

Les stratégies soulignées par cette recherche pourraient être utilisées pour aider les aînés à mieux gérer leurs relations sexuelles et leur ajustement aux problèmes sexuels. Une meilleure compréhension du processus d'actualisation sexuelle avec ou sans perte sexuelle pourra favoriser le développement de futures études sur l'actualisation sexuelle des aînés et mieux outiller les interventions des professionnels de la santé. Ces stratégies pourront ainsi être discutées avec les professionnels de la santé ou dans des groupes d'intervention, ou encore être enseignées dans des cours destinés aux aînés, par exemple par le biais de l'Université du Troisième Âge.

4.3 Retombées de l'étude

La présente recherche a le mérite d'étendre la définition de la sexualité à ses diverses sources de sens dont les pertes sexuelles et le bien-être sexuel, et s'applique autant aux femmes qu'aux hommes âgés. L'analyse des entrevues a ainsi conduit à l'élaboration de définitions de la sexualité et du bien-être sexuel qui vont plus loin que la simple absence ou présence de fonctionnement sexuel problématique, telle que généralement présentée dans la conceptualisation médicalisée (Syme, 2011). Cette étude permet de prendre en considération les dimensions psychologiques, sociales et relationnelles de la sexualité des

ainés, ainsi que les conditions et stratégies favorables à leur bien-être sexuel.

L'analyse des entrevues a permis d'identifier plusieurs conditions, passées et présentes, qui favorisent le bien-être sexuel et l'actualisation sexuelle des aînés. Certaines de ces conditions, comme l'éducation familiale, n'avaient jamais, à notre connaissance, été explorées auparavant en lien avec la sexualité des aînés. Si l'importance d'une bonne santé a été maintes fois étudiée en regard à la sexualité pendant le vieillissement, la présente recherche apporte un nouvel éclairage à cette relation. En effet, ce ne serait pas tant la maladie ou le problème de santé qui serait à l'origine de la continuité et de la satisfaction de la vie sexuelle, mais le sens qui y serait accordé, soit sa signification, sa place et son importance. La personne âgée sélectionne ainsi les aspects de sa sexualité qui ont le plus d'importance dans sa vie et les développe en fonction de l'état de sa santé et de celui de son conjoint. Plusieurs études ont montré une association entre le bien-être conjugal et le bien-être sexuel. La présente recherche a permis d'étendre la compréhension de ces relations en dégageant plusieurs stratégies relationnelles et sexuelles pour améliorer la vie sexuelle et contribuer à l'actualisation sexuelle des aînés. Il s'agit de la première étude à apporter des stratégies de gestion de l'initiation des activités sexuelle chez les aînés. Les résultats suggèrent en effet que l'initiation de l'activité sexuelle est facilitée par une participation proactive de la femme, des indicateurs clairs et compris de part et d'autres et des partenaires à l'écoute de leurs émotions et sentiments.

4.4 Forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'elle soit l'une des très rares études sur la sexualité des personnes âgées de 65 ans et plus, hommes ou femmes, ayant recours à une approche inductive, humaniste et se basant sur un modèle théorique novateur

du vieillissement réussi (Leclerc, 2007). Seulement quelques études ont abordé la sexualité des aînés d'un point de vue inductif, avec des entrevues qualitatives (p. ex., Gott, 2005; Moore, 2010; Tiefer, 2000). De même, seulement deux études ont, à notre connaissance, abordé la sexualité à partir de la théorie du vieillissement réussi (Thompson et al., 2011; Woloski-Wruble et al., 2010). Qui plus est, l'étude de Thompson n'a mesuré le vieillissement réussi qu'à partir d'une seule question, alors que celle de Woloski-Wruble n'a utilisé la théorie que comme cadre théorique. En effet, les auteurs ont plutôt mesuré la satisfaction sexuelle à partir d'échelles de mesure du DSFI ou Derogatis Sexual Functioning Inventory (Derogatis, 1975). Enfin, un petit nombre d'études seulement avaient été réalisées sur les concepts d'actualisation sexuelle (Gagnon et al., 2002; Shaw, 1994) ou de potentiel sexuel (Brock & Jennings, 2007).

L'utilisation d'entrevues individuelles et l'analyse thématique systématique et rigoureuse effectuée en équipe soutiennent la validité des résultats. À l'aide d'une écoute attentive, 15 aînés québécois en bonne santé générale ont dévoilé la réalité intime de leur sexualité et de ce qui est le plus important pour eux.

Les premières limites de cette étude se situent au niveau de l'échantillon. Il a été difficile de recruter des aînés disposés à discuter de sexualité. L'échantillon retenu s'est retrouvé assez restreint avec 15 aînés et relativement homogène : ils étaient tous caucasiens, francophones, catholiques, beaucoup d'entre eux avaient travaillé dans le domaine de l'enseignement et appartenaient à la classe moyenne. Ce petit nombre de participants et cette homogénéité amène une limite à la généralisation des résultats. Il y a aussi un biais à signaler du fait que ce sont sans doute ceux qui sont les plus à l'aise avec leur sexualité et qui ont le plus de facilité à s'exprimer qui ont accepté de participer aux entrevues. Ce biais apporte aussi une limite à la généralisation des résultats. Ce biais est

relativement typique des études sur la sexualité des aînés. En effet, les volontaires pour les études sur la sexualité ont généralement un plus haut niveau d'éducation et des attitudes sexuelles moins conservatrices que les non volontaires (Schiavi, 1999). Il est donc fort probable que les personnes ayant participé au projet s'actualisent davantage que la moyenne des gens au plan sexuel. Compte tenu des objectifs de l'étude, ce biais se transforme en avantage, car c'est justement les conditions et les stratégies favorables à l'actualisation chez les personnes les plus épanouies sur le plan sexuel qui sont recherchées. Il appert, par contre, que l'étude sera moins directement utile aux personnes en moins bonne santé ou vivant seules.

Certains thèmes comme la compensation des pertes sexuelles auraient pu être davantage explorés avec plus de participants. Il reste que les dernières entrevues apportaient une certaine redondance des résultats, d'où une bonne représentativité théorique. Comme le suggéraient Miles et Huberman (2005), il était question de généralisation analytique de façon à mettre de la chair sur le squelette des construits généraux et de leurs relations. Par ailleurs, les participants interviewés ont semblé, pour la grande majorité, très à l'aise avec l'intervieweur, ce qui a permis l'expression libre de leur vie amoureuse et sexuelle.

Une autre limite à considérer est le peu de changement apporté au canevas d'entrevue semi-structurée à chaque entrevue. En raison de contraintes de temps et d'argent, il a été nécessaire de faire les entrevues en deux blocs, ce qui n'a pas pu permettre une analyse approfondie entre chaque entrevue. Toutefois, le fait que les entrevues aient été effectuées en blocs a facilité l'immersion avec les données et une meilleure aisance à conduire les entrevues. De cette manière, les participants développaient naturellement les thèmes visés

sans avoir à se faire poser une série de questions qui auraient pu briser l'élan de certains aînés ou les inhiber.

4.5 Pistes de recherche

Les définitions de sexualité et du bien-être sexuel pendant le vieillissement proposées par ce mémoire pourraient permettre le développement et la validation d'un instrument de mesure visant à évaluer ces deux concepts. Ensuite, d'autres études pourraient investiguer le sens de la sexualité et du bien-être sexuel chez les aînés, ainsi que les conditions et stratégies favorables à ce bien-être chez des populations d'aînés minoritaires au Québec tels que les aînés homosexuels, lesbiennes ou bisexuelles, ceux appartenant à une religion autre que catholique ou d'ethnies autres que caucasiens. De telles recherches seraient aussi bénéfiques chez les aînés qui s'actualisent mais avec des pertes sexuelles, en particulier chez les aînés en couple mais où l'un des deux partenaires est atteint d'une maladie chronique ou aigüe, ou encore chez les aînés vivant seuls.

Chacune des conditions favorables au bien-être sexuel aurait avantage à être davantage explorées. Le thème de la santé, qui inclut la bonne santé, la forme physique, les problèmes de santé et la ménopause, a révélé un aspect particulièrement novateur pour la compréhension des relations entre les problèmes de santé et le bien-être sexuel. En effet, les grandes études nationales sur la santé et les problèmes sexuels offrent des résultats divergents. Leurs résultats montrent que les problèmes de santé peuvent ou non affecter la vie sexuelle. Les résultats obtenus par la présente étude indiquent que ce ne serait pas tant la maladie ou le problème de santé qui serait directement à l'origine de la continuité et de la satisfaction des relations sexuelles, mais le sens qui leur serait accordé. Il serait donc intéressant d'explorer l'hypothèse que l'importance et la signification accordées à la

sexualité agissent comme modérateurs des liens entre la gravité des problèmes de santé et la continuité et la satisfaction de la vie sexuelle.

Il serait intéressant d'explorer plus à fond chacune des stratégies relationnelles, en particulier les stratégies pour gérer les conflits, qui n'ont été que faiblement étudiées jusqu'à maintenant. Explorer à l'aide d'entrevues approfondies comment ces stratégies peuvent contribuer à la satisfaction sexuelle mais surtout à l'actualisation sexuelle permettrait de mieux comprendre le phénomène d'actualisation sexuelle des aînés. Puisque l'initiation des relations sexuelles semble souvent problématique, il serait pertinent d'explorer davantage les types d'initiation (par la femme, par l'homme, simultanément, avec des indicateurs clairs ou de façon routinière) et leur lien avec la continuité de la vie sexuelle.

CONCLUSION

Bien que la présence de partenaires intimes puissent être la source de soutien social la plus importante pour les aînés, les aspects sexuels et intimes de leurs relations sont rarement discutés dans les écrits scientifiques ou dans la pratique professionnelle (Syme, 2014). Plusieurs définitions de la sexualité et du bien-être sexuel ont été présentées dans les écrits scientifiques. Toutefois, le concept de sexualité était le plus souvent considéré sous son seul aspect (dys)fonctionnel, alors que le concept de satisfaction sexuelle ou d'amélioration sexuelle n'avait toujours pas été défini correctement (Rosen & Bachmann, 2008). Cette étude comble certaines lacunes existantes en approfondissant la compréhension des concepts de la sexualité et du bien-être sexuel pendant le vieillissement à partir de 15 entrevues qualitatives et d'une analyse thématique rigoureuse (Braun & Clarke, 2006). Chez les aînés à la retraite, vivant en couple hétérosexuel, en bonne santé générale et âgés de 65 ans et plus, cette recherche a permis d'explorer et de décrire 1) le sens donné à la sexualité, 2) le sens donné au bien-être sexuel, 3) les conditions et 4) stratégies jugées favorables à leur bien-être sexuel.

La sexualité des aînés se définit par un processus dynamique en évolution constante orienté vers le bien-être sexuel et dépendant de la valeur, de la place et du sens qui sont attribués à quatre sources potentielles de sens : le répertoire génital, l'intimité affective, la communion/connexion sexuelle et les pertes sexuelles. La définition du bien-être sexuel des aînés obtenu grâce à l'analyse thématique concorde donc bien avec les écrits scientifiques : le bien-être sexuel est une composante de la sexualité, son sens fondamental

et son but. Il comprend des sentiments de satisfaction physique et psychologique en lien avec la vie sexuelle, ainsi que des sentiments de bien-être et de bonheur avec soi-même, avec l'autre et en général. La satisfaction sexuelle, quant à elle, comprend la satisfaction physique, soit le plaisir physique, la satisfaction de la fréquence des rapports sexuels et la satisfaction psychologique, soit le plaisir de faire plaisir à l'autre et l'intimité affective du couple pendant et en dehors des relations sexuelles. Ces définitions concordent avec les écrits scientifiques précédents mais contiennent également des éléments novateurs.

Tout d'abord, l'analyse thématique a ainsi permis d'apporter des définitions empiriques de la sexualité et du bien-être sexuel des aînés qui tiennent compte à la fois des processus entropique (pertes sexuelles) et néguentropique (développement sexuel) de la sexualité et du vieillissement. Aucune autre étude, à notre connaissance, n'avait de fait développé une définition de la sexualité qui incorpore à la fois le développement et les pertes sexuels, ni les thèmes de communion/connexion et de bien-être sexuel. Cette définition inclusive de la sexualité a été possible grâce à un canevas de questions d'entrevues basés sur une théorie de l'actualisation du potentiel pendant le vieillissement en lien avec le sens à la vie de Leclerc (2007). De plus, les définitions de la sexualité et du bien-être sexuel des aînés dégagées dans ce mémoire établissent le pont entre les études psycho-médicales, qui abordent la sexualité des aînés avant tout d'un point de vue fonctionnel/dysfonctionnel, les études humanistes qui partent d'un point de vue de croissance ou de développement de la personne et les études gérontologiques ou sociologiques basées sur une épistémologie socioconstructiviste.

L'analyse thématique a permis de révéler et de décrire deux catégories de conditions favorables au bien-être sexuel des aînés : les conditions antérieures et les conditions actuelles. Le thème des conditions antérieures est composé de l'éducation familiale,

l'éducation religieuse et les relations précédentes. Le thème de l'éducation familiale renvoie aux études sur la sexualité et la théorie de l'attachement, en particulier au modèle de Mikulincer et Shaver (2007). Ces études, effectuées presque exclusivement chez les jeunes adultes (Butzer & Campbell, 2008), suggèrent que la sécurité d'attachement est reliée à une meilleure satisfaction sexuelle à l'âge adulte, voire avancé (Butzer & Campbell, 2008). Les résultats de la présente recherche vont dans le même sens, en signalant l'importance d'avoir eu une belle enfance, des parents doux, attentionnés et amoureux. Avoir vu leurs parents échanger baisers et des caresses constituent des exemples que les aînés ont reproduits dans leur vie de couple.

Le thème des conditions actuelles, quant à lui, regroupe les valeurs fondamentales, la retraite, le rapport au corps et la santé. Le thème de la santé apporte un aspect novateur à la recherche sur la sexualité des aînés : les résultats proposent que la personne âgée sélectionne les aspects de sa sexualité qui ont le plus d'importance dans sa vie et les développe en fonction de l'état de sa santé et de celui de son conjoint. Mieux comprendre quelles sont les conditions qui ont mené à la réalité sexuelle présente du couple pourra permettre aux professionnels de la santé de mieux orienter les aînés vers les conditions les plus sujettes à consister un point d'ancrage à leur actualisation sexuelle.

L'analyse thématique des entrevues a permis de dresser et décrire plusieurs stratégies favorables au bien-être sexuel des couples âgés. Les stratégies relationnelles comprennent la création d'un climat positif, la gestion des activités et du temps et la gestion des conflits. Les stratégies sexuelles se composent de la gestion des relations sexuelles et de la gestion des problèmes sexuels. Plus particulièrement, il s'agit de la première étude à apporter des stratégies de gestion de l'initiation des activités sexuelle chez les aînés. Les résultats suggèrent en effet que l'initiation de l'activité sexuelle est facilitée par une participation

proactive de la femme, des indicateurs clairs et compris de part et d'autres et des partenaires à l'écoute de leurs émotions et sentiments. Ces stratégies pourront être utilisées pour enrichir les cours destinés aux retraités et les plans d'intervention des professionnels de la santé en sexologie ou en psychologie. À travers cet accompagnement, par des cours ou en suivi thérapeutique, les aînés pourront faire leurs propres prises de conscience dans leur relation de couple et ainsi s'actualiser au plan sexuel.

La principale force de cette étude réside dans le fait qu'elle soit la seule étude connue sur la sexualité des personnes âgées de 65 ans et plus, hommes ou femmes, ayant une approche inductive, humaniste, et se basant sur un modèle théorique novateur du vieillissement réussi (Leclerc, 2007) et de l'actualisation sexuelle. Cependant, des questions demeurent sans réponse face à la sexualité des aînés. Par exemple, quel est le sens que les personnes âgées gaies, lesbiennes ou bisexuelles donnent à leur sexualité et leur bien-être sexuel? Quelles sont les stratégies que les aînés jugent les plus favorables à leur bien-être sexuel et leur actualisation sexuelle en cas de perte des relations sexuelles ou de décès du conjoint? Comment le sens (signification, valeur et place) de la sexualité contribue-t-il au bien-être sexuel malgré la maladie? Des études futures seront requises pour répondre à ces questions.

RÉFÉRENCES

- Adams, M. S., Oye, J., & Parker, T. S. (2003). Sexuality of older adults and the internet: From sex education to cybersex. *Sexual and Relationship Therapy, 18*, 405-415.
- Addis, I. B., Van Den Eeden, S. K., Wassel-Fyr, C.L. et al. (2006). Sexual activity and function in middle-aged and older women. *Obstetrics & Gynecology, 107*, 755-764.
- Acitelli, L., & Antonucci, T. (1994). Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 688-698.
- Agronin, M. E. (2004). Sexual disorders. Dans E. W. Busse (Ed.), *The American psychiatric publishing textbook of geriatric psychiatry* (3rd ed., pp. 303-317). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Association of Retired Persons. (1999). *AARP = Modern Maturity Sexuality Study*. Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons. (2004). *The divorce experience: A study of divorce at midlife and beyond*. Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons. (2010). *Sex, romance, and relationships: AARP survey of midlife and older adults* (Pub. No. D19234). Washington, DC: Author.
- Arena, J. M., & Wallace, M. (2008). Issues regarding sexuality. Dans E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey, T. Fulmer, D. Gray-Miceli, & M. Kluger (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3rd ed., pp. 629-647). New York: Springer.
- Arrington, R., Cofrancesco, J., & Wu, A.W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research, 13*, 1643-1658.
- Baker, L., & Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and Society, 29*, 977 – 995.
- Bancroft, J. (1998). Alfred Kinsey's work 50 years later. Introduction. Dans A. C. Kinsey, W. B. Pomeroy, C. E. Martin, & P. H. Gebhard (Eds.), *Sexual behaviour in the human female* (2nd ed., pp. 1-18). Bloomington, IN: Indiana University Press.

- Bauer, M., McAuliffe, L., & Nay, R. (2007). Sexuality, health care and the older person: An overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 2, 63-68.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J. et al. (2001). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 83-245.
- Bellastella, A., Esposito, D., Conte, M., Ruocco, G., Bellastella, G., Sinisi, A. A. et al. (2005). Sexuality in aging male. *Journal of Endocrinological Investigation*, 28, 55-60.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Decker, O. et al. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*, 16, 1132-1138.
- Beutel, M. E., Schumacher, J., Weidner, W., & Brahler, E. (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men: Results from a German representative community study. *Andrologia*, 34, 22-28.
- Beutel, M. E., Wiltink, J., Hauck, E. W., Auch, D., Behre, H. M., Brähler, E. et al. (2005). Correlations between hormones, physical, and affective parameters in aging urologic outpatients. *European Urology*, 47, 749-755.
- Bitzer, J., Platano, G., Tschudin, S., & Alder, J. (2008). Sexual counseling in elderly couples. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2027-2043.
- Blieszner, R. (2006). Close relationships in middle and later adulthood. Dans A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 211-227). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Blümel, J. E., Castelo-Branco, C., Cancelo, M. J., Romero, H., Aprikian, D., & Sarra, S. (2004). Impairment of sexual activity in middle-aged women in Chile. *Menopause*, 11, 78-81.
- Blumstein, P., & Schwartz, P. (1983). *American couples*. New York: Morrow.
- Bortz, W. M., & Wallace, D. H. (1999). Physical fitness, aging, and sexuality. *The Western Journal of Medicine*, 170, 167-169.
- Bortz, W. M., Wallace, D. H., & Wiley, D. (1999). Sexual function in 1,202 aging males: Differentiating aspects. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 54, M237-241.
- Bourne, C., & Minichiello, V. (2009). Sexual behaviour and diagnosis of people over the age of 50 attending a sexual health clinic. *Australian Journal on Ageing*, 28, 32-36.

- Bradford, A., & Meston, C. M. (2007). Senior sexual health: The effects of aging on sexuality. Dans L. VandeCreek, F. L. Peterson, & J. W. Bley (Eds.), *Innovations in clinical practice: Focus on sexual health* (pp. 35-45). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Brecher, E. M. (1984). *Rapport sur l'amour et la sexualité après 50 ans*. Montréal, QC, Canada: Le Jour.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 267-283.
- Brock, L. J., & Jennings, G. (2007). Sexuality and intimacy. Dans C. N. Dulmus (Ed.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 244-268). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Burgess, E. O. (2004). Sexuality in midlife and later life couples. Dans J. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 437-454). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Butler, R., N., & Lewis, M. I. (1983). *The second language of sex*. Dans S. Sprecher & K. McKinney (Eds), *Sexuality* (pp. 176-183). Newbury Park, CA: Sage.
- Butler, R., N., & Lewis, M. I. (2006). *Sexuality in old age*. Dans R. C. Tallis & H. M. Fillit (Eds), *Geriatric medicine and gerontology* (pp. 1407-1412). London, England: Churchill Livingstone.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.
- Calasanti, T., & King, N. (2005). Firming the floppy penis: Age, class, and gender relations in the lives of old men. *Men and Masculinities*, 8 (1), 3-23.
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 639-652.
- Carstensen, L. L., Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and Aging*, 10, 140-149.
- Chao, J. K., Lin, Y.-C., Ma, M.-C., Lai, C.-J., Ku, Y.-C., Kuo W.-H., & Chao I-C. (2011). Relationship among sexual desire, sexual satisfaction, and quality of life in middle-aged and older adults, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37, 386-403. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2011.607051>
- Corona, G., Lee, D. M., Gianni, F., O'Connor, D. B., Maggi, M., O'Neill, T. W. et al.

- (2010). Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: Results from the European Male Ageing Study (EMAS). *International Society for Sexual Medicine*, 7, 1362-1380. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01601.x
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creti, L., Fichten, C. S., Amsel, R., Brender, W., Schover, L. R., Kalogeropoulos, D. et al. (1998). Global sexual functioning : A single summary score for Nowinski and LoPiccolo's Sexual History Form (SHF). Dans C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S. L. Davis (Éds.), *Sexuality-related Measures: A Compendium* (2e éd., pp. 514-518). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crooks, R., & Baur, K. (1999). *Our sexuality*. Belmont, CA : Brooks/Cole.
- Daker-White, G. (2002). Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function : A systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 197-209.
- Davis, L. M. (2007). Golden sexuality: Sex therapy for seniors. Dans J. W. Bley (Ed.), *Innovations in clinical practice: Focus on sexual health* (pp. 261-276). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Deacon, S., Minichiello, V. & Plummer, D. (1995). Sexuality and older people: Revisiting the assumptions. *Educational Gerontology*, 21, 497-513.
- DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, 49, 125-141.
- DeLamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human sexual development. *Journal of Sex Research*, 39, 10-14.
- Delamater, J. D. & Moorman, S. M. (2007). Sexual behavior in later life. *Journal of Aging and Health*, 19, 921-945.
- DeLamater, J. D., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, 42, 138-149.
- Delamater, J. D., Hyde, J. S., & Fong, M. C. (2008). Sexual satisfaction in the seventh decade of life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 439-454.
- Demarest, J., & Allen, R. (2000). Body image: Gender, ethnic, and age differences. *The Journal of Social Psychology*, 140, 465-472.
- Derogatis, L. R. (1998). The Derogatis Sexual Functioning Inventory. Dans C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 269-271). London, England : Sage.
- Edwards, J. N., & Booth, A. (1994). Sexuality, marriage, and well-being: The middle

- years. In A. S. Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course* (pp. 233-259). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Elias, C., & Sherris, J. (2003). Reproductive and sexual health of older women in developing countries. *BMJ: British Medical Journal*, 327, 64-65.
- Fazio, L. (1987). Sexuality and aging: A community wellness program. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 6, 59-69.
- Fiatarone, M., Marks, E., Ryan, N., & Evans, W. (1990). Strength training in nonagerians. *JAMA*, 263, 3029-3034.
- Ferraro, F. R., Muehlenkamp, J. J., Paintner, A., Wasson, K., Hager, T., & Hoverson, F. (2008). Aging, body image, and body shape. *The Journal of General Psychology*, 135, 379-392.
- Furman, F. K. (1997). *Facing the mirror: Older women and beauty shop culture*. New York: Routledge.
- Gagnon, M., Hébert, R., Leclerc, G., & Lefrançois, R. (2002). Development and validation of a sexual actualization measuring instrument for the elderly. *Educational Gerontology*, 28, 621-633.
- Gelfand, M. M. (2000). Sexuality among older women. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9 (Suppl 1), S15-S20.
- George, L. K., & Weiler, S. J. (1981). Sexuality in middle and late life: The effects of age, cohort and gender. *Archives of General Psychiatry*, 38, 919-923.
- Gingold, H. G. (2007). The graying of sex. *NYS Psychologist*, 19, 18-23.
- Ginsberg, T. B. (2006). Aging and sexuality. *The Medical Clinics of North America*, 90, 1025-1036.
- Ginsberg, T. B., Pomerantz, S. C., & Kramer-Feeley, V. (2005). Sexuality in older adults: Behaviours and preferences. *Age and Ageing*, 34, 475-480.
- Goldberg, S., Muir, R., & Kerr, J. (2005). *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Goldfarb, M. R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(1), 109-126.
- Goodman, L. A. (1961). "Snowball sampling". *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 148-170.

- Gossman, I., Julien, D., Mathieu, M., & Chartrand, E. (2002). The Sexual Initiation Scale (SIS): Development and initial validation. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 11*, 167-176.
- Gossman, I., Mathieu, M., Julien, D., & Chartrand, E. (2003). Determinants of sex initiation frequencies and sexual satisfaction in long-term couples' relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 12*, 169-181.
- Gott, M. (2003). Review essay sexual and relationship therapy special issue 2002: Sex and intimacy in older people. *Sexualities, Evolution & Gender, 5*, 41-45.
- Gott, M. (2005). *Sexuality, sexual health and aging*. London, England: Open University Press.
- Gott, M. (2006). Sexual health and the new ageing. *Age and Ageing, 35*, 106-107.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine, 56*, 1617-1628.
- Gott, M., Hinchliff, S., & Galena, E. (2004). General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Social Science & Medicine, 58*, 2093-2103.
- Gottman, J. M., & Levenson, R.W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 737-745.
- Griebing, T. L. (2006). The impact of urinary incontinence on sexual health in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*, 1290-1292.
- Hayes, R., Dennerstein, L., Bennett, C., Koochaki, P., Leiblum, S., & Graziottin, A. (2007). Relation between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility, 87*, 107-112.
- Harvey, V. (1973). *L'homme d'espérance*. Montréal, QC, Canada: Fides.
- Heiman, J. R., Long, J. S., Smith, S. N., Fisher, W. A., Sand, M. S., & Rosen, R. C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 741-753. doi: 10.1007/s10508-010-9703-3
- Henri, J., & McNab, W. (2003). Forever young: A health promotion focus on sexuality and aging. *Gerontology & Geriatrics Education, 23*, 57-74.
- Henry, R. G., & Miller, R. B. (2005). Difficulties, disagreements, and disappointments in late-life marriages. *International Journal on Aging and Human Development, 61*, 243-264.

- Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behavior in the United States: Results from a national probability sample of men and women ages 14–94. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5 suppl), 255–265.
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2004). Perceptions of well-being in sexual ill health: What role does age play? *Journal of Health Psychology*, 9, 649-660.
- Hinrich, K. L. (2009). *Psychological predictors of sexual satisfaction among married heterosexual older adults using the interpersonal exchange model of sexual satisfaction*. (Thèse de doctorat). Récupérée à partir de ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3400999)
- Hite, S. (1976). *The Hite report: A nationwide study on female sexuality*. Oxford, England: Macmillan.
- Hite, S. (1981). *The Hite report on male sexuality*. New York: Alfred A. Knopf.
- Hite, S. (2002). *The Hite Report: A national study of female sexuality*. New York: Seven Stories Press.
- Hollis, L. A. (1998). Sex comparisons in life satisfaction and psychosocial adjustment scores with an older adult samples: Examining the effect of sex role differences in older cohorts. *Journal of Women in Aging* 10, 59–77.
- Holzapfel, S. (1994). Aging and sexuality. *Canadian Family Physician*, 40, 748-757.
- Howard, J. R., O'Neill, S., & Travers, C. (2006). Factors affecting sexuality in older Australian women: Sexual interest, sexual arousal, relationships, and sexual distress in older Australian women. *Climacteric*, 9, 355–367.
- Hurd Clarke, L. (2006). Older women and sexuality: Experiences in marital relationships across the life course. *Canadian Journal on Aging*, 25, 129-140.
- Hurd Clarke, L. (2010). *Facing age: Women growing older in an anti-aging culture*. Toronto, Ontario, Canada: Rowman and Littlefield.
- Hurd Clarke, L., & Korotchenko, A. (2011). Aging and the body: A review. *Canadian Journal on Aging*, 30, 495-510.
- Hurlbert, D. F., Fertel, E., Singh, D., Fernandez, F., Nenendez, D. A., & Salgado, C. (2005). The role of sexual function in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 15-30.

- Institut de la statistique du Québec (2012). Indicateurs de développement durable. Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité). Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/dev_durable/pdf/1-03.pdf
- James, W. H. (1981). The honeymoon effect on marital coitus. *Journal of Sex Research*, 17, 114-123.
- James, N. J., Gillies, P. A., & Bignell, C. J. (1998). Evaluation of randomized controlled trial of HIV and sexually transmitted disease prevention in a genitourinary medicine clinic setting. *AIDS*, 12, 1235-1242.
- Kaiser, F. E. (2003). Sexual function and the older woman. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19, 463-472.
- Kalra, G., Subramanyam, A., & Pinto, C. (2011). Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian Journal of Psychiatry*, 53, 300-306.
- Kaplan, H. S. (1990). Sex, intimacy, and the aging process. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 12, 185-205.
- Karraker, A., & DeLamater, J. (2013). Past-year sexual inactivity among older married persons and their partners. *Journal of Marriage and Family*, 75, 142-163.
- Karraker, A., DeLamater, J., & Schwartz, C.R. (2011). Sexual frequency decline from midlife to later life. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 502-512. doi:10.1093/geronb/gbr058.
- Kaslow, F., & Robison, J. (1996). Long-term satisfying marriages: Perceptions of contributing factors. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 153-170.
- Katz, S., & Marshall, B. (2003). New sex for old: Lifestyle, consumerism, and the ethics of aging well. *Journal of Aging Studies*, 17, 3-16.
- Kingsberg, S.A. (2002). The impact of aging on sexual function in women and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 431-437.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. New York: W. B. Saunders.
- Kleinplatz, P. J., Ménard, A. D., Paquet, M., Paradis, N., Campbell, M., Zuccarino, D. et al. (2009). The components of optimal sexuality: A portrait of "great sex". *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18, 1-13.
- Knowledge Networks. (2010). Associated Press—LifeGoesStrong.com Relationships Survey. Repéré à http://surveys.ap.org/data%5CKnowledgeNetworks%5CAP_

LifeGoesStrong_Relationships_Topline_112210.PDF

- Koch, P. B., Mansfield, P. K., Thureau, D., & Carey, M. (2005). "Feeling frumpy": The relationship between body image and sexual response changes in midlife women. *Journal of Sex Research, 42*, 215–223.
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research, 46*, 46–56.
- Krychman, M. (2013). Vulvar and vaginal atrophy in postmenopausal women: findings from the REVIVE (REal Women's VIEWS of Treatment Options for Menopausal Vaginal ChangEs) survey. *The Journal of Sexual Medicine, 10*, 1790-1799.
- Landis, M., Peter-Wight, M., Martin, M., & Bodenmann, G. (2013). Dyadic coping and marital satisfaction of older spouses in long-term marriage. *Gerontopsychology, 26*(1), 39-47.
- Laumann, E. O., Das, A., & Waite, L. J. (2008). Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57–85 years of age. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 2300–2311.
- Laumann, E. O., Gagnon, J., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J. H., Wang, T., Levinson, B., et al. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 143-159.
- Leclerc, G. (2007). *Le paradoxe du vieillissement réussi*. Dans M. Arcand, & R. Hébert (Eds.), *Précis pratique de gériatrie*. (3rd ed., pp. 63-82). Acton Vale, QC: Edisem.
- Leclerc, G., Lefrançois, R., Dubé, M., & Hébert, R. (2003). Un instrument de mesure de l'actualisation de la personne à l'usage des praticiens. *Interactions, 7*, 21-46.
- Leclerc, G., Lefrançois, R., Dubé, M., Hébert, R., & Gaulin, P. (1998). Self-actualization concept: A content validation. *Journal of Social Behavior and Personality, 1*, 69-84.
- Le Gall, A., Mullet, E., & Shafighi, S. R. (2002). Age, religious beliefs, and sexual attitudes. *The Journal of Sex Research, 39*, 207-216.
- Leiblum, S. R. (1990). Sexuality and the midlife woman. *Psychology of Women Quarterly, 14*, 495-508.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1994). Influence of age and gender on affect, physiology, and their interrelations: A study of long-term marriages. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 56–68.

- Ley, H., Morley, M., & Bramwell, R. (2002). The sexuality of a sample of older women: Myths and realities explored. *Proceedings of the British gerontology society annual conference*. Birmingham, England: British society of gerontology.
- Lindau, S. T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of aging. *British Medical Journal*, 340, 810–820.
- Lindau, S., Schumm, L., Laumann, E., Levinson, W., O'Muirheartaigh, C., & Waite, L. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-775. doi:10.1056/NEJMoa067423
- Lodge, A. C., & Umberson, D. (2012). All shook up: Sexuality of mid- to later life married couples. *Journal of Marriage and Family*, 74, 428–443.
- Loe, M. (2004). Sex and the senior woman: Pleasure and danger in the Viagra era. *Sexualities*, 7, 303-326.
- Ludeman, K. (1979). The sexuality of the older postmarital woman: A phenomenological inquiry. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64.
- MacDougall, R. (2006). 'Remaking the real man: Erectile dysfunction palliatives and the social re-construction of the male hetero sexual life cycle': Corrigendum. *Sexuality & Culture: An Interdisciplinary Quarterly*, 10, 59-90.
- Mancini, D., & Bonanno, G. A. (2006). Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life. *Psychology and Aging*, 21, 600-610.
- Mares, M-L., & Fitzpatrick, M. A. (2004). Communication in close relationships of older people. In J. F. Nussbaum & J. Coupland (Ed.), *Handbook of communication and aging research* (2nd ed, pp. 231-249). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Marshall, B. L. (2011). The graying of ‘sexual health’: A critical research agenda, *Canadian Sociological Association*, 48, 390-413.
- Marsiglio, W., & Greer, R. A. (1994). A gender analysis of older men's sexuality: Social, psychological, and biological dimensions. Dans E. H. Thompson Jr. (Ed.), *Older men's lives* (pp. 122-140). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maslow, A. H. (1972). *Vers une psychologie de l'être* (traduction par M. Hadesque). Paris, France: Fayard.
- Maslow, A. H. (1976). *Religions, values, and peak-experiences*. New York: Penguin.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA: Little Brown.

- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1988). *Human sexuality* (3e éd.) Boston, MA: Scott, Foresman, and Company.
- Matthias, R. E., Lubben, J. E., Atchison, K. A., & Schweitzer, S. O. (1997). Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community-dwelling Medicare population survey. *Gerontologist*, 37, 6–14.
- McCall-Hosenfeld, J. S., Jaramillo, S. A., Legault, C. et al. (2008). Correlates of sexual satisfaction among sexually active postmenopausal women in the Women's Health Initiative-Observational Study. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 2000-2009.
- McFarland, M. J., Uecker, J. E., & Regnerus, M. D. (2011): The role of religion in shaping sexual frequency and satisfaction: Evidence from married and unmarried older adults. *Journal of Sex Research*, 48, 297-308. doi: 10.1080/00224491003739993
- McKilay, J. B., & Feldman, H. A. (1994). Age-related variations in sexual activity and interest in normal men: Results from the Massachusetts male aging study. Dans A. S. Rossi (Éd.), *Sexuality across the life course* (pp. 261-285). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- McAuliffe, L., Bauer, M., & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: The role of the health professional. *International Journal of Older People Nursing*, 2, 69-75.
- McKilay, J. B., & Feldman, H. A. (1994). Age-related variations in sexual activity and interest in normal men: Results from the Massachusetts male aging study. Dans A. S. Rossi (Éd.), *Sexuality across the life course* (pp. 261-285). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- McMullin, J. A., & Cairney, J. (2004). Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 75–90.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Meston, C. M., & Derogatis, L. R.. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 155-164.
- Metz, M. E., & Miner, M. H. (1998). Psychosexual and psychosocial aspects of male aging and sexual health. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 7, 245-259.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (Éds.). (2005). *Analyse des données qualitatives* (traduction par M. Hlady Rispal) (2e éd.) Belgique: De Boeck & Larcier.
- Miller, R. B., Hemaseth, K. K., & Nelson, B. K. (1997). Marriage in mid and later life. In

- R. D. Hargrave & S.M. Hanna (Eds.), *The aging family: New vision in theory, practice, and reality* (pp. 178-198). New York: Brunner/Mazel.
- Montemurro, B., & Gillen, M. M. (2013). Wrinkles and sagging flesh: Exploring transformations in women's sexual body image. *Journal of Women and Aging, 25*, 3-23.
- Moore, K. L. (2010). Sexuality and sense of self in later life: Japanese men's and women's reflections on sex and aging. *Journal of Cross Cultural Gerontology, 25*, 149-163. doi:10.1007/s10823-010-9115-9
- Moreira, E. D. Jr., Glasser, D. B., King, R., Duarte, F., Gingell, C., & the Global Study of Sexual Attitudes, and Behaviors Investigators Group. (2008). Sexual difficulties and help-seeking among mature adults in Australia: Results from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Sexual Health, 5*, 227-234.
- Morley, J. E., & Kaiser, F. E. (1992). Aging and sexuality. Dans J. L. Albarède (Ed.), *Facts and research in gerontology, 1992* (pp. 157-165). New York: Springer.
- Morton, C. R., Kim, H., & Treise, D. (2011). Safe sex after 50 and mature women's beliefs of sexual health, *The Journal of Consumer Affairs, 45*, 372-390.
- Mucchielli, A. (Éd.). (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (2e éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Nay, R., McAuliffe, L., & Bauer, M. (2007). Sexuality: From stigma, stereotypes and secrecy to coming out, communication and choice. *International Journal of Older People Nursing, 2*, 76-80.
- Nicolosi, A., Moriera, E. D., Villa, M., & Glasser, D. B. (2004). A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. *Journal of Affective Disorders, 82*, 235-243.
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D. B., Hartmann, U., Laumann, E. O., & Gingell, C. (2006). Sexual behavior, sexual dysfunctions and related help seeking patterns in middle-aged and elderly Europeans: The global study of sexual attitudes and behavior. *World Journal of Urology, 24*, 423-428.
- Nusbaum, M. R. H., Lenahan, P., & Sadovsky, R. (2005). Sexual health in aging men and women: addressing the physiologic and psychological sexual changes that occur with age. *Geriatrics, 60*, 18-23.
- Öberg, P., & Tornstam, L. (2003). Attitudes toward embodied old age among swedes. *International Journal of Aging & Human Development, 56*, 133-153.
- O'Connor, D. B., Corona, G., Forti, G., Tajar, A., Lee, D. M., Finn, J. D., ...the European Male Ageing Study group. (2008). Assessment of sexual health in aging men in

- Europe : Development and validation of the European Male Aging Study Sexual Function Questionnaire. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1374-1385.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization. Repéré à http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health
- Paillé, P. (Éd.). (2006). *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*. Paris, France: Armand Colin.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en science humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin.
- Palacios-Cena, Carrasco-Garrido, P., Hernandez-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Jiménez-García, R., & Fernandez-de-las-Penas, C. (2012). Sexual behaviors among older adults in Spain: Results from a population-based national sexual health survey, *Journal of Sexual Medicine*, 9, 121-129.
- Pangman, V. C., & Seguire, M. (2000). Sexuality and the chronically ill older adult: A social justice issue. *Sexuality and Disability*, 18, 49-59.
- Penteado, S. R. L., Fonseca, A. M., Bagnoli, V. R., Assis, J. S., & Pinotti, J. A. (2003). Sexuality in healthy postmenopausal women. *Climacteric*, 6, 321-329.
- Pfeiffer, E., Verwoerdt, A., & Davis, G. C. (1971). Sexual behavior in middle life. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1262-1267.
- Reece, M., Herbenick, D., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviors, relationships, and perceived health status among adult men in the United States: Results from a national probability sample. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5 suppl), 291-304.
- Rehman U. C., & Holtzworth-Munroe, A. (2007). A cross-cultural examination of the relation of marital communication behavior to marital satisfaction. *Journal of Familial Psychology*, 21, 759-763.
- Rheume, C., & Mitty, E. (2008). Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, 29, 342-349.
- Rizvi, S. J., Yeung, N. W., & Kennedy, S. H. (2011). Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 99-109.
- Roberts, W. L. (1980). Significant elements in the relationship of long-married couples. *International Journal of Aging and Human Development*, 10, 265-271.
- Robinson, J. P., Werner, P., & Godbey, G. (1997). Freeing up the golden years. *American*

Demographics, 19, 20-24.

- Rosen, R. C., & Bachmann, G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 291-297.
- Rosen, R. C., Taylor, J. F., Leiblum, S. R. et al. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynaecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 171–188.
- Rosen, R. C., Althof, S. E., Barbach, L. G., Dietrich, J., Wanser, R., & Zhang, P. (2010). Female Sexual Well-Being Scale™: Responsiveness to intervention product use by sexually functional women. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 2479-2486.
- Rosen, R. C., Catania, J., Pollack, L., Althof, S., O’Leary, M., & Seftel, A. D. (2004). Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ) : Scale development and psychometric validation. *Journal of Urology*, 64, 777-782.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J. & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822–30.
- Rosen, R. C., Bachmann, G. A., Reese, J. B., Gentner, L., Leiblum, S., Wajszczuk, C., & Wanser, R. (2009). Female Sexual Well-Being Scale™ (FSWB Scale™): Development and psychometric validation in sexually functional women. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1297-1305.
- Rosen, R. C., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D’Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI) : A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 1, 433–440.
- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.
- Schiavi, C. R. (1999). *Aging and male sexuality*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Schiavi, R. C., Mandeli, J., & Schreiner-Engel, P. (1994). Sexual satisfaction in healthy aging men. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20, 3-13.
- Schmitt, M., Kliegel, M., & Shapiro, A. (2007). Marital interaction in middle and old age: A predictor of marital satisfaction? *International Journal of Ageing and Human Development*, 65, 283–300.

- Seeber, J. J. (2001). Pastoral support for late-life sexuality. *Journal of Religious Gerontology*, 12, 101-109.
- Shaw, J. (1994). Aging and sexual potential. *Journal of Sex Education & Therapy*, 20, 134-139.
- Siegel, L. A., & Siegel, R. M. (2007). Sexual changes in the aging male Dans A. F. Owens and M. S. Tepper (Eds.), *Sexual health vol 2: Physical foundations* (pp. 223-255). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Sprecher, S., & McKinney, K. (1993). *Sexuality*. Newbury Park, CA: Sage.
- St-Arnaud, Y. (1982). *La personne qui s'actualise: Traité de psychologie humaniste*. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin.
- Starr, B. D., & Weiner, M. B. (1982). *The Starr-Weiner report in sex and sexuality in the mature years*. New York: McGraw Hill.
- Statistique Canada (2005). "Population Projections, 2005–2031." *The Daily*, December 15. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-eng.html>
- Statistique Canada (2011). Variations en matière d'espérance de vie à la naissance. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11427-fra.htm>
- Stulhofer, A., Busko, V., & Brouillard, P. (2010). Development and bicultural validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *Journal of Sex Research*, 47, 257-268.
- Syme, M. L. (2011). Sex-positive approach to conceptualization and assessment of older adult sexual functioning. Conférence de l'Association Américaine de Psychologie, 119^e convention annuelle. Résumé repéré à <http://www.apa.org.ezproxy.usherbrooke.ca>
- Syme, M. L. (2014). The evolving concept of older adult sexual behavior and its benefits. *Journal of the American Society on Aging*, 38(1), 35-41.
- Tepper, M. S., & Owens, A. F. (2007). Access to pleasure: On-ramp to specific information on disability, illness, and changes throughout the life span. Dans A. F. Owens & M. S. Tepper (Eds.), *Sexual health vol 4: State-of-the-art treatments and research* (pp. 313-328). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Thompson, W. K., Charo, L., Vahia, I. V., Depp, C., Allison, M., & Jeste, D. (2011). Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 1503-1508. doi:10.1111/j.15325415.2011.03495.x
- Tiefer, L. (2000). The social construction and social effects of sex research: The sexological model of sexuality. Dans B. Travis, & J. W. White (Eds.), *Sexuality, society and feminism* (pp. 79-107). Washington, DC: American Psychological Association.

- Tiefer, L. (2006). Sex therapy as a humanistic enterprise. *Sexual & Relationship Therapy, 21*, 359-375.
- Tiefer, L. (2007). Beneath the veneer: The troubled past and future of sexual medicine. *Journal of Sex & Marital Therapy, 33*, 473-477.
- Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 229-249.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2006). L'effet de l'âge sur le répertoire et le plaisir sexuel. *Sexologies, 15*, 266-272.
- Trudel, G., Turgeon, L., & Piché, L. (2010). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy, 15*, 381-406.
- Trudel, G., Villeneuve, L., Préville, M., Boyer, R., & Fréchette, V. (2010). Dyadic adjustment, sexuality and psychological distress in older couples. *Sexual and Relationship Therapy, 25*, 306-315.
- Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A., Pilon, G., & Bounader, G. (2008). The Marital Life and Aging Well Program: Effects of a group preventive intervention on the marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual and Relationship Therapy, 23*, 5-23. doi:10.1080/14681990701635061
- Tower, R., & Krasner, M. (2006). Marital closeness, autonomy, master, and depressive symptoms in a U. S. Internet sample. *Personal Relationships, 13*, 429-449.
- Umidi, S., Pini, M., Ferretti, M., Vergani, C., & Annoni, G. (2007). Affectivity and sexuality in the elderly: Often neglected aspects. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 44*, 413-417.
- Verwoerdt, A., Pfeiffer, E., & Wang, H. (1969). Sexual behavior in senescence: Changes in sexual activity and interest in aging men and women. *Journal of Geriatric Psychiatry, 2*, 163-180.
- Vincent, C. (2002). Health challenges for older women: Some implications for sexual health. *Sexual and Relationship Therapy, 17*, 241-252.
- Waite, L. J., & Joyner, K. (2001). Emotional satisfaction and physical pleasure in sexual unions: Time horizon, sexual behavior, and sexual exclusivity. *Journal of Marriage & Family, 63*, 247-264.
- Waite, L. J., Laumann, E. O., Das, A., & Schumm, L. P. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the national social life, health, and aging study. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 64B(S1)*, i56-i66, doi:10.1093/geronb/gbp038.

- Waldinger, R. J., & Schulz, M. S. (2010). What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging, 25*, 422-431.
- Walsh, K. E., & Berman, J. R. (2004). Sexual dysfunction in the older woman: An overview of the current understanding and management. *Drugs Aging, 21*, 655-675.
- Wang, T. F., Lu, C. H., Chen, I. J., & Yu, S. (2008). Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 443-450.
- Weidner, W., Altwein, J., Hauck, E., Beutel, M., & Brähler, E. (2001). Sexuality of the elderly. *Urologia Internationalis, 66*, 181-184.
- Wilkins, K. M., & Warnock, J. K. (2009). Sexual dysfunction in older women. *Primary Psychiatry, 16*, 59-65.
- Wylie, K. R. (2004). A sense of well being from good sex. *Sexual and Relationship Therapy, 19*, 3-4.
- Wiley, D., & Bortz, M. (1996). Sexuality and aging: Usual and successful. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 51A*, M142-M146.
- Woloski-Wruble, A. C., Olie, Y., Leefsma, M., & Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women, *Journal of Sexual Medicine, 7*, 2401-2410. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01747.x
- Yeh, H. C., Lorenz, F. O., Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., & Elder, G. H. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *Journal of Family Psychology, 20*, 339-343.
- Zehr, M. D. (2008). *Aging, human sexuality, and the long-term care setting*. Washington, DC: American Psychological Association.

ANNEXES

Annexe A : formulaire de consentement

Titre du projet

Exploration de l'épanouissement sexuel, de ses conditions et stratégies chez les individus âgés vivant en couple.

Responsables du projet

-Annabelle Boucher, étudiante à la maîtrise en gérontologie de l'Université de Sherbrooke.

-Gilbert Leclerc, directeur de l'étudiante et chercheur au Centre de Recherche sur le vieillissement de l'Université de Sherbrooke.

Objectif du projet

L'objectif de ce projet est d'explorer la réalité sexuelle des couples âgés de 65 ans et plus, de décrire et comprendre les conditions et stratégies favorables à leur épanouissement sexuel.

Raison et nature de ma participation

Je fais partie des personnes étant nées entre 1933 et 1943, c'est-à-dire dans un contexte socio-économique difficile. Ma participation à cette recherche permettra aux professionnels de la santé de mettre en lumière le sens que mon groupe d'âge donne à la sexualité et les conditions et stratégies qui nous semblent les plus favorables à notre épanouissement sexuel.

Il est entendu que ma participation à ce projet sera requise pour une rencontre d'environ une heure et demie. Cette rencontre aura lieu à ma résidence ou dans un bureau de l'Université de Sherbrooke selon ma convenance, en fonction de mes disponibilités. Si l'entrevue a lieu ailleurs qu'à ma résidence, mes frais de déplacement seront remboursés. J'aurai à répondre à des questions portant sur ma sexualité et ma vie de couple afin d'explorer en profondeur les moyens et stratégies me permettant d'être heureux(se) dans ma sexualité. L'entrevue sera enregistrée sur audio cassette. Si j'en sens le besoin, je peux demander à arrêter l'enregistrement quelques moments ou définitivement. De plus, nous pourrons faire une pause au cours de l'entrevue si besoin est.

Avantages pouvant découler de la participation

Je ne retire aucun avantage direct à participer à cette étude. Ma participation permettra surtout aux professionnels de la santé de mieux comprendre comment on peut continuer à s'épanouir sexuellement pendant le vieillissement, en plus de contribuer à l'avancement

des connaissances scientifiques sur le sujet. Un certain bénéfice indirect peut toutefois découler de ma participation, soit l'opportunité de m'exprimer tout à fait librement sur un aspect important de ma vie, la sexualité. Elle pourra me permettre de mieux comprendre mon propre vécu sexuel passé et présent et de prendre davantage conscience de ce qui contribue à mon bien-être sexuel.

Inconvénients et risques pouvant découler de ma participation

Ma participation nécessite que je donne de mon temps pour la réalisation de l'entrevue. Certains inconvénients mineurs peuvent découler de ma participation à cette étude. Par exemple, le fait d'être bouleversé(e), fatigué(e) ou de ressentir de l'anxiété au moment de parler de certains aspects de ma vie. Si cela se produisait, il me sera offert, si je le désire, de faire une pause ou de mettre fin à l'entrevue et de contacter, dans l'immédiat ou un peu plus tard un ou une des psychologues professionnels(les) qui me seront suggérés.

Droit de retrait de participation sans préjudice

Il est entendu que ma participation au projet de recherche décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que je me retire de l'étude, je demande que les documents audio ou écrits me concernant soient détruits :

Oui _____ Non _____

Confidentialité des données

Toutes les informations que je donnerai demeureront strictement confidentielles. Lors de la retranscription de l'enregistrement de l'entrevue sur ordinateur, mon nom sera remplacé par un code et tout détail précis qui pourrait conduire à m'identifier sera enlevé. Les données seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Les entrevues seront analysées et les résultats seront diffusés sans jamais mentionner mon nom et sans faire référence à des renseignements permettant de m'identifier.

Résultats de la recherche et publication

Je serai informé(e) des résultats obtenus et je sais que l'information recueillie pourra être utilisée pour des fins de communication scientifique et professionnelle. Dans ces cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche.

Identification du président du Comité d'éthique de la recherche de la Faculté des Lettres et sciences humaines

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule ma participation à ce projet, je peux en discuter avec la responsable du projet, Annabelle Boucher au numéro suivant :----- ou par courriel : ----- . Par ailleurs, je peux expliquer mes préoccupations à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche en lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : -----, ou par courriel : -----
-----.

Consentement libre et éclairé

Je, () déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante ou du participant : _____

Fait à _____, le _____ 2008.

Déclaration du responsable

Je, Annabelle Boucher, certifie avoir expliqué à la participante ou au participant intéressé(e) les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et avoir clairement indiqué à la personne qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature du responsable du projet : _____

Fait à _____, le _____ 2008.

Annexe B : liste de codes initiaux

Bien-être sexuel	communion connivence ou chimie épanouissement sexuel insatisfaction sexuelle orgasme pas performance ou bravoure plaisir sensations sexuelles plaisir toucher satisfaction affective Satisfaction fréquence sexuelle satisfaction sexuelle sexualité harmonieuse et spirituelle sexualité ludique et exploratrice
Bonheur conjugal	bien-être personnel et de couple bonheur couple et amour bonheur simple réussite couple solidité mariage
conditions	acceptation perte vie sexuelle adaptation besoins sexuels amour affection, démonstrations d'amour amour se transforme déf amour couple authenticité besoin d'être entouré et aimé par les autres bien avec son corps bonne forme et santé physique Comparaisons positives comparaison vie sexuelle passée comparaisons en général comparaisons vie sexuelle amis ou famille confiance et méfiance conflits de couple chicanes fréquentes effets conflit sur sexualité gestion conflits peu chicanes connaissance de l'autre Consentement de part et d'autre contraintes religieuses sexuelles contrôle naissances, grossesses et accouchements accouchements successifs et déchirures circonstances hystérectomie

	<p> effet sexualité de hystérectomie grossesses et sexualité pilule vasectomie cours et travail croyance curés déséquilibre H F initiation acte sexuel désir et attirance devoir, obligation difficulté accepter corps vieillissant diminution fréquence activité sexuelle disponibilité, présence et rencontre divergence besoins sexuels divorce douleur pénétration éducation religieuse et sexualité égalité sexuelle éjaculation précoce enfance/ado belles enfances enfances difficiles enfance et guerre père décédé jeune exemple parents pour sexualité aucun modèle couple et de sexualité exemple d'abnégation femme mère avait caractère parents eu belle sexualité parents sont amoureux mentalité sexuelle leur génération envie simultanée acte sexuel équilibre H F initiation acte sexuel expérience sexuelle + avant mariage famille religieuse Famille unie Fatigue et diminution forme physique fidélité hypersexualité des jeunes Importance compagnon de vie infidélité et divorce initiation problématique initiation spontanée liberté ménopause sans symptômes ménopause symptômes nid vide nouvelle relation ouverture et amour péché et culpabilité perception société corps vieillissants Perte de la vie sexuelle dernière fois effets perte vie sexuelle perte sexuelle non difficile perte rôle </p>
--	---

	conjointe peur Problèmes couple et santé problèmes de couple Problèmes de santé Problèmes de santé et diff sexuelles problèmes de santé sexuelle problèmes d'orgasme problèmes érectiles qualités conjoint Relations précédentes difficiles ou peu satisfaisantes 1er mariage 0 communication Bas et hauts sexuels en fonction contexte unions Ex mariage très difficile Ex mariages peu satisfaisant sexuellement mauvaise expérience résistances sexuelles respecter l'autre retraite continuité travail-retraite retraite permet + temps et détente retraite peut ou pas faciliter vie sexuelle santé et bonne fonction sexuelle Sexualité et religion société années 50-70 évolution cours sexe révolution féministe tempérament Couple ouvert sur les gens personnalité cartésienne personnalité difficile personnalité joyeuse et ouverte personnalité téméraire et colérique progrès conjointe moins froide Tempérament anxieux temps valeurs communes Vieillesse et sexualité vieillissement rapide et problèmes érectiles
satisfaction milieu de vie	satisfaction de vie satisfaction maison
sens sexualité	acte intense de communion-communication changement du comportement sexuel effet sexualité évolution conception sexualité

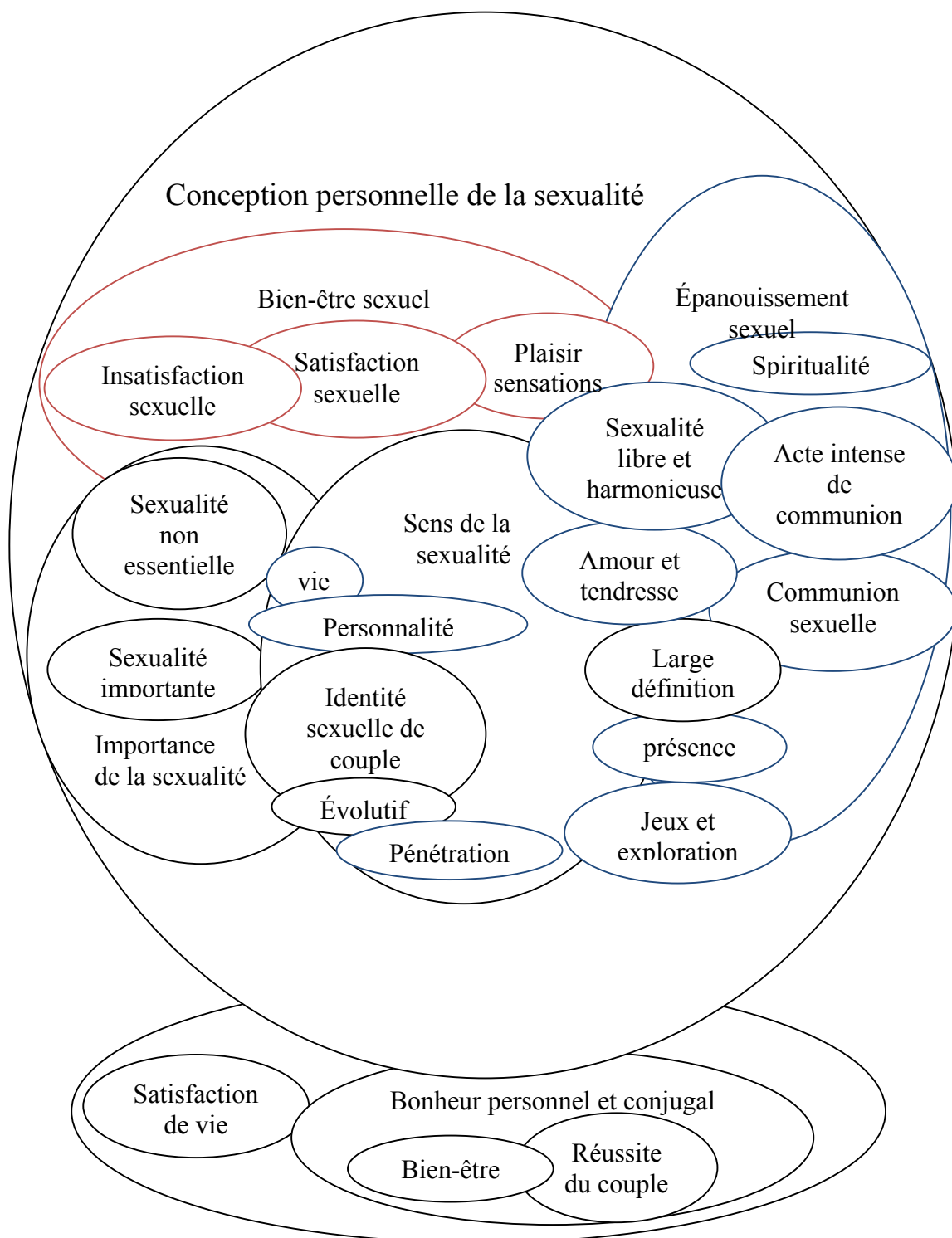
	avant génital et fonctionnel à sexualité large maintenant identité couple importance sexualité sexualité importante sexualité peu importante large définition sexualité sens=présence et exploration sexualité = amour sexualité et personnalité sexualité pénétration sexualité personnel et intime sexualité=don de soi sexualité=plaisir et satisfaction sexualité=tendresse et présence vie = sexualité
stratégies	Activités couple activités diverses soirée intime sorties ensemble voyages activités sans conjoint adaptation perte vie sexuelle affection, toucher, douceur ajustements rel de couple ajuster ses attentes apprentissage sexuel bain ou douche ensemble cadeaux chambres séparées + cheminement choix d'être authentique communication capacité parler sentiments communication quotidiennes communication sexuelle en général communication sexuelle et bien-être communiquer frustration, problèmes, peur, maladie ou douleur difficultés de communication évolution communication parle pas de sa sexualité parle peu de sexualité Ouvert(e) entendre parler sexualité parlent désirs, sensations sex compliments création atmosphère positive

	<p>Distance avec l'Eglise et pape distance et solitude facilitateurs ménopause Faire des efforts gestion apparence Gestion de ses résistances gestion initiation sexuelle gestion problèmes érectiles gestion sécheresse et douleur vaginale hormones avant traitement effet traitement traitement testos humour imp d'apprendre accepter son corps indicateurs pour initier relation sexuelle intérêt envers l'autre introspection lectures médecin nouveauautés sexuelles persévérer petites attentions quotidiennes petits bonheurs porno prendre temps, patience psycho ou sexologue Réalisation rêves respect de soi et du conjoint se contenter se promener nu spiritualité, religion temps recul viagra viagra peu intérêt</p>
--	---

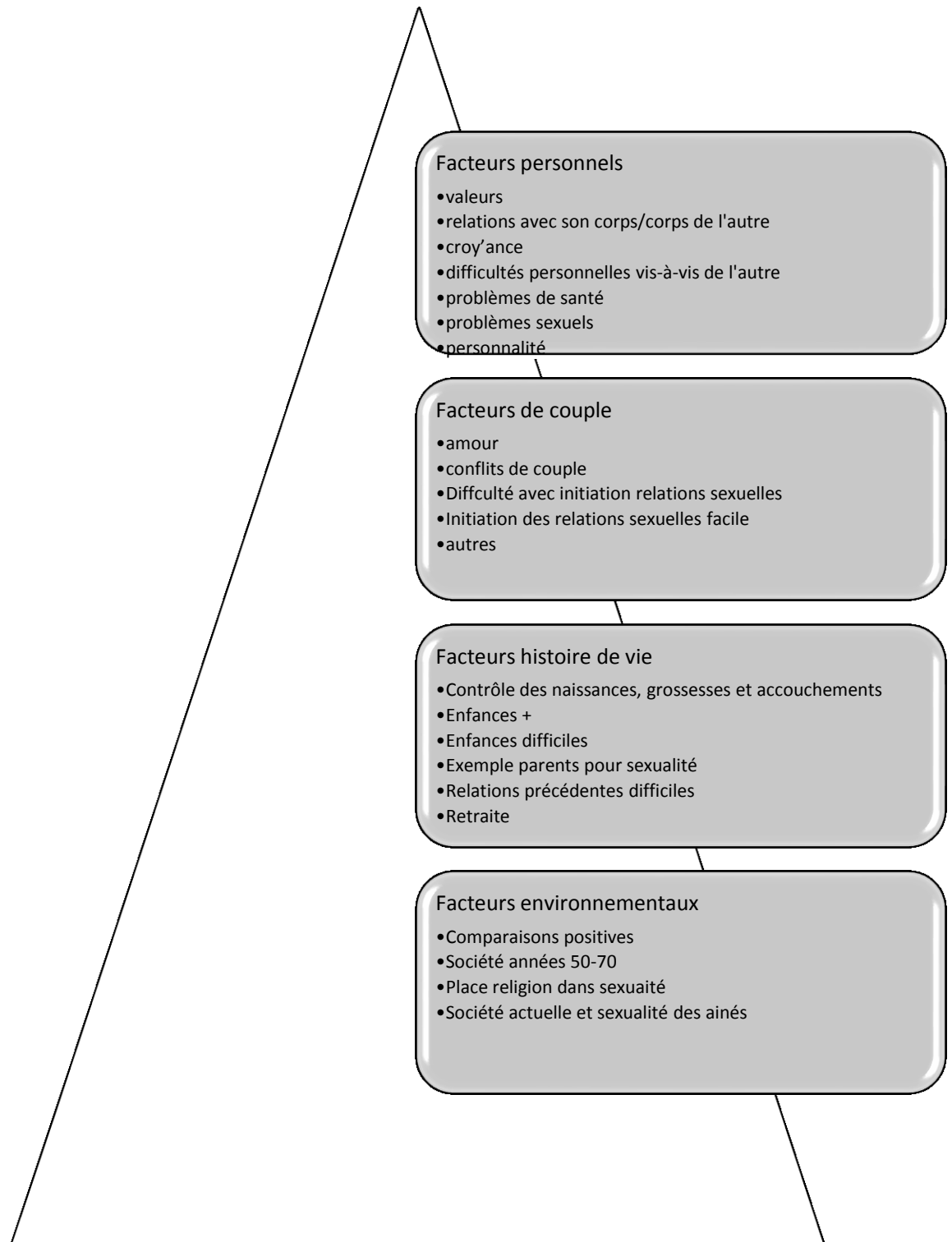
Annexe C : première tentative d'identification des thèmes

1. Facteurs antécédents
 - a. Facteurs histoire de vie (éducation sexuelle ou religieuse, mariages antérieurs, événements comme divorce)
 - b. Facteurs personnels (personnalité, pertes, santé, gestion baisse désir)
 - c. Facteurs environnementaux (modèles des proches, milieu de vie, enfants ou pas)
2. Qu'est-ce que la sexualité pour la personne
 - a. Sa conception de la sexualité
 - b. But de sexualité
 - c. Évolution
 - d. Importance de sexualité
 - e. Bien-être sexuel
3. Stratégies : moyens mis en œuvre par la personne pour atteindre un but quelconque :
 - a. Stratégies de développement ou de maintien de la sexualité
 - b. Stratégies d'adaptation aux pertes
4. Effets de la sexualité
 - a. Bonheur conjugal (satisfaction de vie, satisfaction sexuelle)
 - b. Épanouissement personnel
 - c. Satisfaction de vie général

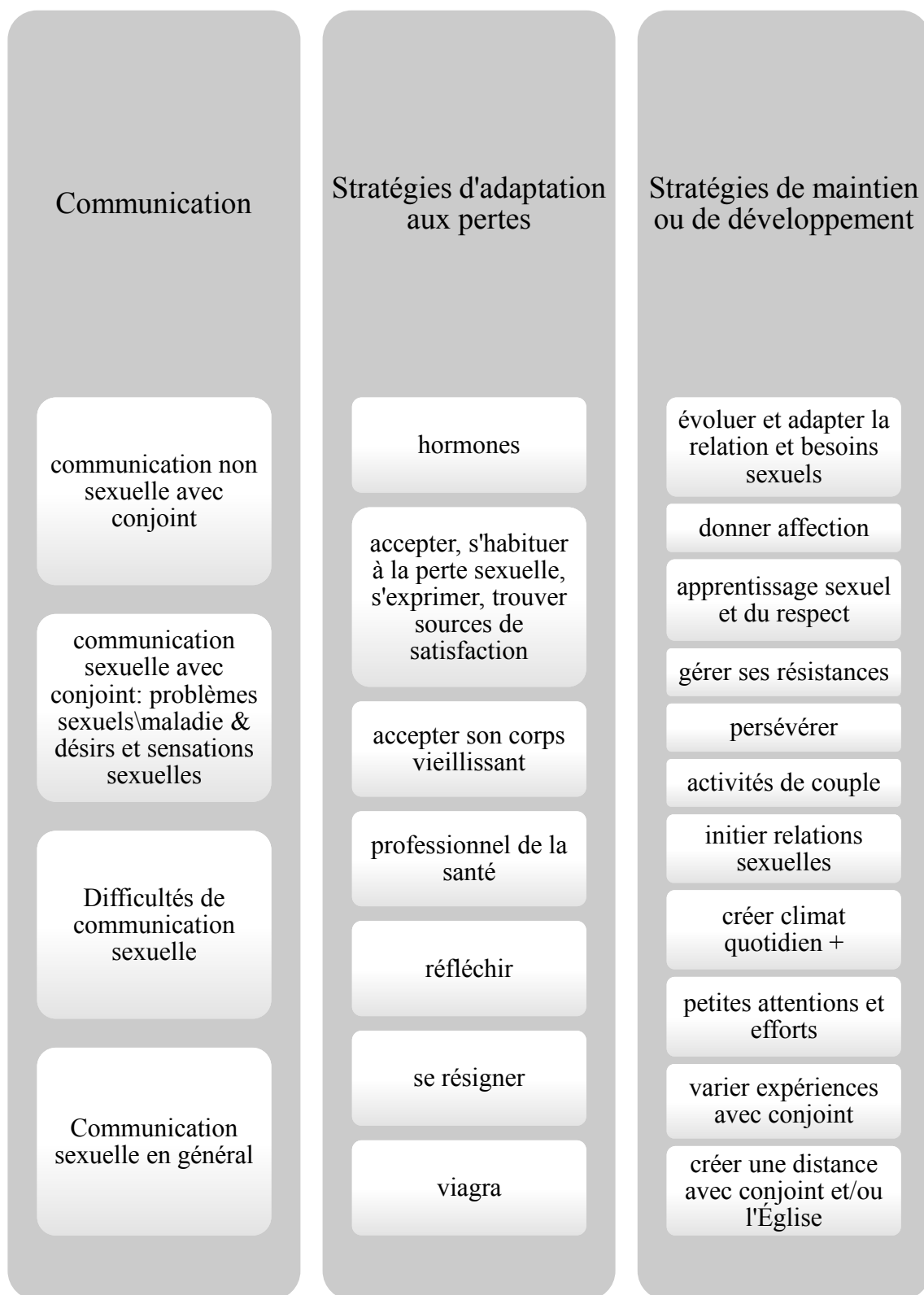
Annexe D : codes et thèmes initiaux de sexualité et bien-être sexuel des aînés



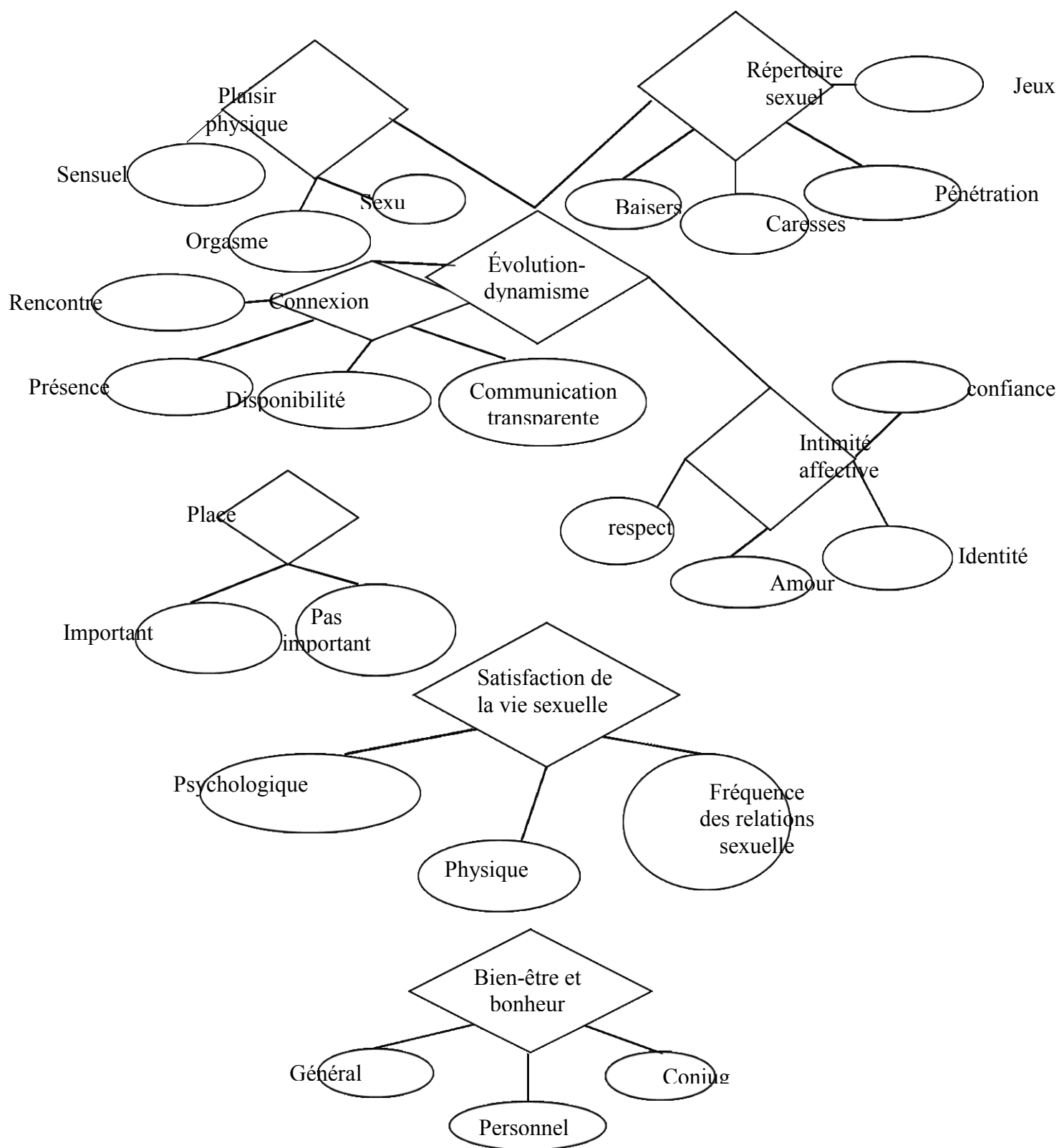
Annexe E : codes et thèmes initiaux des conditions du bien-être sexuel des aînés



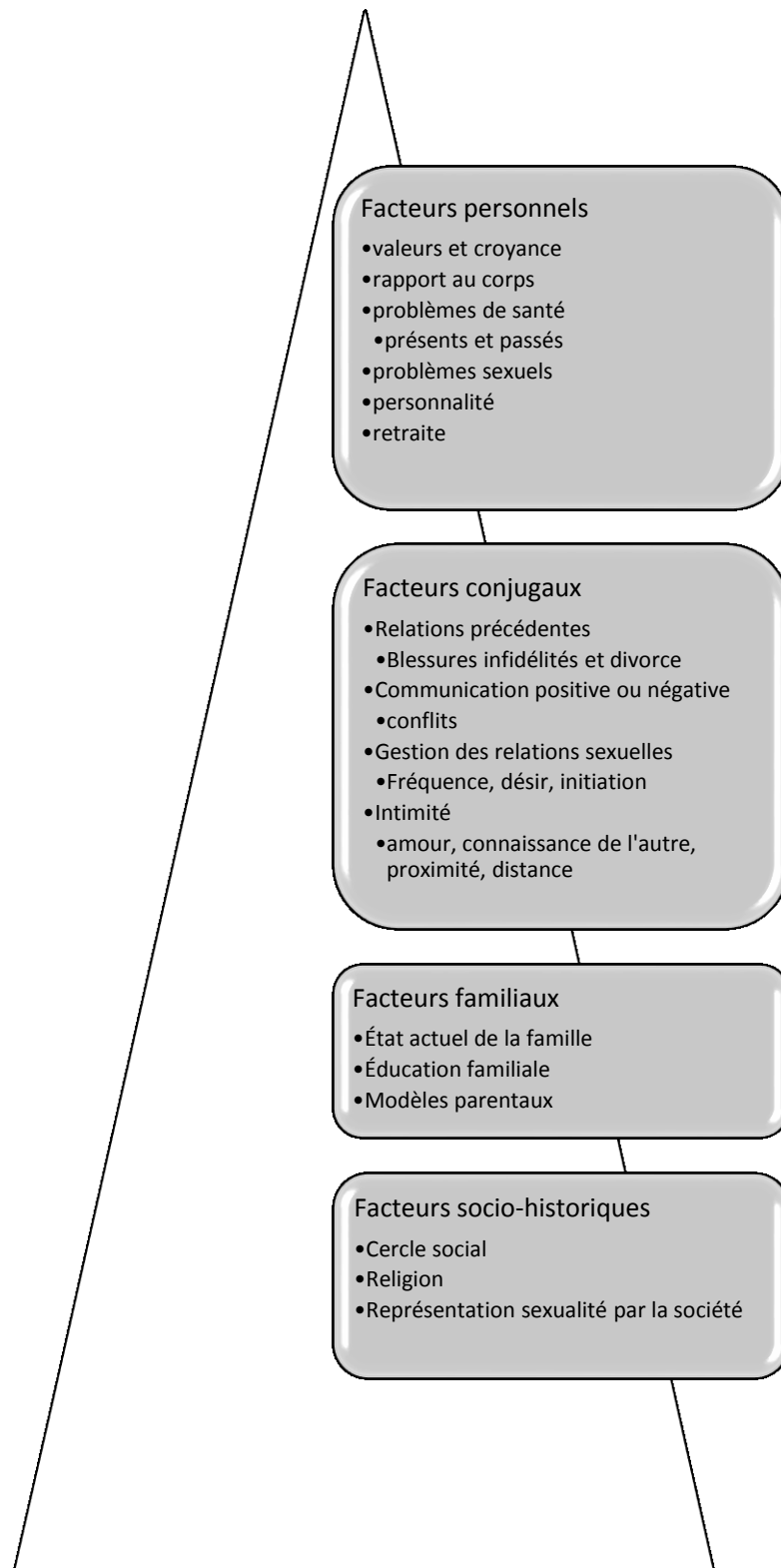
Annexe F : codes et thèmes initiaux des stratégies du bien-être sexuel des aînés



Annexe G : schéma temporaire du sens de la sexualité et du bien-être sexuel



Annexe H : schéma temporaire des conditions du bien-être sexuel des aînés



Annexe I : schéma temporaire des stratégies du bien-être sexuel des aînés

